DĂRUIT
de
CONSTANTIN C. ANGELESCU

ANUL I. No. 1 (MAI 1905) VOLUMUL I.

REVISTA
ȘTIINȚELOR MEDICALE

PRECUVÂNTARE

I.

Titlul acestei reviste arată și scopul ei: expunerea sistematică a publicațiunilor — fapte și idei — de oarecare interes apărute în diferitele domenii ale științelor medicale. Idea, care ne-a condus este necesitatea ce se impune fiecărui medic — specialist ori nu — de a întreține în sine o cultură medicală generală ca singurul mijloc permițându-i de a aprecià în mod critic fenomenele particulare observate în patologie.

Nu ne vom mulțumì însă cu expunerea faptelor direct privitoare la clinică, căci clinica nu mai este astăzi aceea ce erà odinioară.

Urmând evoluțiunea generală a științelor biologice, științele patologice nu se mai mărginesc la constatarea empirică a faptelor, ci caută să le interpreteze. In totdeauna medicii au avut o deosebită predilecție pentru teoriile și explicațiunile generale. Insă interpretarea faptelor patologice n'a dobândit un caracter adevărat științific decât de atunci, de când patologia a intrat în faza ei experimentală. Prin reproducerea sintetică a boalelor infecțioase, prin studiul experimental al reacțiunilor *defensive ce se petrec în organism, am pătruns azi mai adânc în mecanismul infecţiunei şi al vindecărei. Deci, a început să se constituiască o fiziologie patologică pozitivă, şi putem zice că cercetările de laborator, de acum au transformat spiritul şi practica medicală; ele ne-au condus la o concepţie mai raţională a simptomelor, subordonându-le cauzelor lor generale; ele au adus diagnosticului un sprijin aşà de puternic, încât putem prevede momentul când simptomatologia clinică va trece pe planul al doilea faţă de reacţiunile mult mai obiective obţinute în laborator. N'avem decât să citām, în această privinţă, progresele realizate în diagnosticul febrei tifoide, al difteriei sau al tuberculozei. Din cercetările teoretice asupra firei imunităţei s'a născut seroterapia; studiul microbiologiei a avut drept rezultat profilaxia în contra pestei, holerei, febrei tifoide, febrei galbene, malariei, tuberculozei, dalacului şi altele.*

Aşà dar, concepţiunea fiziologică a boalelor, singura compatibilă cu o terapeutică raţională, precum şi cunoştinţa igienei, cari permite să se prevază şi să se previe, sunt astăzi inseparabile de activitatea unui bun medic practician — cât de specialist ar fi el. Urmărirea progreselor realizate pe terenul medicinei generale constitue, deci, pentru el o necesitate: necesitate practică, necesitate culturală, deosebirea nu este mare.

Aicea apare însă o dificultate.

Bibliografia medicală este astăzi aşà de bogată în cât există pentru medic o imposibilitate materială de a se orientà şi de a-şi face o idee măcar aproximativă despre mişcarea ştiinţifică. Multiplicităţei publicaţiunilor datorite activităţei crescânde în domeniul muncei ştiinţifice se adaugă şi un factor agravant: numărul din ce în ce mai mare al publicaţiunilor grăbite sau inutile, ipertrofice ca lungime, care încarcă zilnic, fără folos, literatura medicală. Cauzele acestei iperplasii literare trebue căutate, în parte, în spiritul de reclamă, în egoismul ipocrit și în megalomania care constituesc una din multiplele trăsături ale societăților noastre dezechilibrate.

Singură, o revistă condusă de un grup de oameni specializați în diferitele ramuri ale medicinei, și urmând un scop definit de propagandă culturală, este în stare să săvârșească în mod judicios opera de selecționare și de analiză, pe care nu o poate îndeplinì fiecare cititor în particular.

Deci, conștienți de dificultatea extremă ce o prezintă o asemenea întreprindere, dar însuflețiți de dorința de a fi utili, prezintăm astăzi confraților noștri revista noastră a științelor medicale.

Însă, cu toată munca regulată a colaboratorilor noștri obișnuiți, viața publicațiunei noastre nu poate să fie întreținută și reînoită decât cu ajutorul unei colaborațiuni venite din afară. Sperăm că confrații noștri, convinși de utilitatea operei culturale, pe care o urmărim vor binevoi să ne aducă concursul experienței lor personale sub formă de observațiuni originale fie în domeniul clinicei, fie în acela al epidemiologiei sau al igienei sociale. Din acest punct de vedere, pe lângă medicii de spitale, ne adresăm în special acelora dintre confrații noștrii, cari, trăind la țară, ar aveà ocaziunea să studieze problemele încă așà de obscure, relative la igiena și la patologia țăranului nostru.

II.

O selecționare critică dintre publicațiunile medicale recente, dări de seamă sistematice asupra acestor publicațiuni, articole generale cari rând pe rând vor expune starea actuală a diferitelor probleme ce interesează pe medic, într'un cuvânt o oglindire cât de fidelă a întregei mişcări medicale, iată în ce va consistà prezenta publicaţie. Clinica cu diferitele sale specialităţi, fiziologia normală şi patologică, igiena, vor fi de o potrivă luate în consideraţie; se vor expune şi chestiuni relative la medicina veterinară, la antropologie şi la biologie generală, în limitele interesului, pe care le pot aveà aceste ştiinţe pentru medici. Pe lângă articolele de critică, vom publicà şi lucrări originale eşite din diferitele noastre laboratoare universitare. În fine, interesele profesionale vor fi grupate într'o rubrică specială.

Am adoptat pentru fiecare număr o succesiune fixă de rubrici, cari vor fi prezintate în ordinea următoare:

I. **Articole de fond** (în număr de patru: clinică generală, igienă sau terapeutică generală, pathologie experimentală sau fiziologie, o specialitate [pediatrie, nevrologie, etc.]. Vor consistà în punerea la punct a unor chestiuni interesante.

II. **Cercetări originale.** În genere cercetări de laborator.

III. **Critică şi cronică.** Se va face critica unei sau a mai multor publicaţiuni recente.

IV. **O revistă anuală.** Se va rezumà, pentru fiecare ramură a ştiinţelor medicale, activitatea întregului an. Această rubrică nu va apare decât cu începere de la No. 4.

V. **Luna medicală.** Cuprinzând analiza publicaţiunilor interesante, apărute în revistele române sau străine; apoi, referate asupra activităţii diferitelor societăţi savante.

VI. **Fapte clinice.** Observaţiuni clinice.

VII. **Interese profesionale.** Concursuri, congrese, posturi vacante, numiri, măsuri administrative.

VIII. **Bibliografie generală.**

Dr. I. CANTACUZINO.

Dr. I. CANTACUZINO

DESPRE CÂTEVA LUCRĂRI RECENTE
RELATIVE LA
TETANOSUL AȘA ZIS „SPONTANEU“ SAU „IDIOPATIC“

I.

Termenii de tetanos idiopatic, spontaneu, medical sau reumatic și-au perdut azi sensul lor. Nimeni nu mai crede în spontaneitatea tetanosului, și știm, în mod pozitiv, că numai toxina elaborată de bacilul lui *Nicolaier* este în stare să provoace simptomele tetanosului adevărat.

A calificà drept idiopatic un caz de tetanos, înseamnează, că ignorăm poarta de intrare a infecțiunei și, cu drept cuvânt, s'a propus de a se înlocuì această expresiune prin aceea de tetanos criptogenetic; într'un asemenea caz, dese ori o investigațiune mai minuțioasă decelează punctul de pătrundere al bacilului. Un jurnal medical german relatează cazul recent al unui bolnav intrat în spital cu diagnosticul de tetanos a frigore (1); în urma unui examen amănunțit s'a putut constatà că el își infectase conductul auditiv extern curățindu-și urechea cu un instrument murdar. Mica sgârietură rămăsese invizibilă, iar din cerumen s'a putut izolà numeroși bacili tetanici.

Une-ori, însă, tetanosul idiopatic apare însoțit de oarecari împrejurări aşà de caracteristice încât s'ar păreà că există o relaţiune de cauzalitate între aceste împrejurări şi apariţiunea simptomelor boalei. Astfel sunt cazurile bine cunoscute unde tetanosul isbucneşte brusc în urma unei expuneri prelungite la frig şi la ploaie; astfel sunt cazurile ce se produc în urma unei insolaţiuni grave; astfel, în fine, sunt acele consecutive unei injecţiuni sub-cutanate de săruri de chinină. In acest din urmă caz s'ar puteà învinuì lipsa de asepsie operatorie; însă tetanosul post-chininic se prezintă cu o fizionomie clinică aşà de specială, încât este aproape evident că explicaţiunea este insuficientă.

---

(1) *H. Racine u. Hayo Bruns.* Deutsche med. Woch. 1903. P. 782.

Datorim lui *H. Vincent*, profesor la şcoala de medicină militară din Paris (Val de Grâce) o serie de lucrări experimentale, apărute de curând, foarte bine conduse şi care aruncă o vie lumină asupra determinismului acestor cazuri obscure. Cestiunea are un interes practic; apoi, cercetările lui *Vincent* complectează noţiunile dejà foarte precise pe care le posedăm asupra mecanismului infecţiunii tetanice. Am crezut deci util de a rezumà în prezentul studiu progresele recente îndeplinite în această direcţiune.

II.

Cazurile de tetanos a frigore abundă în literatura medicală. Tipul cel mai obişnuit este următorul: un individ obosit şi încălzit printr'o muncă grea, a răcit, dormind la frig şi cu hainele ude; câtevà ore după aceasta au apărut simptomele tetanosului. *Larrey* (¹) şi alţi medici (²) militari din timpul campanielor Napoleoniene au descris adevărate epidemii de tetanos a frigore isbucnind printre răniţi rămaşi noaptea, la frig, pe câmpul de luptă. S'ar păreà că interpretarea acestor din urmă cazuri nu suferă nici o difi-

---

(¹) *Larrey*. Relation chirurgicale historique de l'armée d'orient.

(²) *Fournier. Pescay*. Du tétanos traumatique. Bruxelles 1903.

cultate, ipoteza unei infecţiuni a rănilor prin sporii tetanici răspândiţi la suprafaţa solului prezintându-se de sine.

Or, din studiul mai amănunţit al observaţiunilor lui *Larrey* reese că, în asemenea circumstanţe, nu numai soldaţii răniţi, ci şi indivizii sănătoşi dese ori erau atinşi. Pe de altă parte tabloul clinic al cazurilor de tetanos a frigore diferă mult de tabloul obişnuit al tetanosului. Perioda de incubaţie este extraordinar de scurtă, trismusul apărând în genere 12 ore, maximum 72 ore după refrigerarea suferită de bolnavi. Cu o incubaţie aşà de redusă ar trebuì să ne aşteptăm la o evoluţie iperacută şi în totdeauna fatală a boalei, de oare-ce este ştiut, că cazurile de tetanos cele mai grave sunt acele cari isbucnesc mai repede după inocularea bacililor; ori, tocmai acele cazuri prezintă o excepţională benignitate, mortalitatea lor nefiind superioară de 40 $^0/_0$. Apoi la bolnavii atinşi de tetanos a frigore tipic, contracturile au un caracter cu totul special: ele se generalisează foarte repede (24 ore) însă nu sunt permanente, prezintând perioade de remisiune, rigiditatea dispare, bolnavul se poate sculà din pat; umblă chiar; apoi contracturile reapar. In fine, mai în totdeauna există semne de congestiune pulmonară sau de pneumonie.

După cercetările foarte sistematice şi foarte convingătoare ale lui *Chaillous* (1) avem a face acì cu un *pseudo-tetanos*, neavând cu tetanosul adevărat nici o relaţiune etiologică şi datorit probabil pneumococului, în tot cazul nu bacilului tetanic. Scurta sa incubaţie, generalisarea rapidă a contracturelor şi uşurinţa cu care le putem desface diferenţiază în mod precis pseudo-tetanosul a frigore de tetanosul adevărat. In cât, fără a negà că în unele cazuri frigul poate să aibă asupra isbucnirei fenomenelor tetanice o acţiune favorizantă, trebue de acum să eliminăm din cadrul tetanosului specific, majoritatea cazurilor de tetanos a frigore.

---

(1) ***Chaillous*: Thése de Paris 1899.**

De altmintrelea experienţele lui *Thalmann*1), care a încercat să micşoreze resistenţa cobailor faţă de dose nemortale de bacili tetanici expunându-i la frig şi turnând asupra lor apă rece, n'au dat decât rezultate negative.

III.

Din contra, cazurile de tetanos consecutive sau unei insolaţiuni prelungite sau unor injecţiuni subcutanate de chinină prezintă o deosebită gravitate şi intră în cadrul infecţiunii tetanice specifice.

Iată cum evoluează un cas de tetanos consecutiv unei insolaţiuni: un individ sănătos, care nu prezintă nici o rană aparentă a fost expus un timp îndelungat la razele unui soare arzător; apar simptomele clasice ale insolaţiunei: cefalee intensă, ameţeli, vărsături, stare de agitaţie, sau une-ori, de prostraţie, puls repede şi adese ori filiform, în fine o ipertermie pronunţată (42°—43°). Ori, câteva zile (6, 7, 10) după apariţiunea fenomenelor de insolaţie, apare şi tetanosul începând cu trismus. Boala, odată declarată, are o evoluţie iperacută, fulgerătoare, tetanosul generalisându-se în câteva ore şi bolnavul murind dese ori în mai puţin de 24 ceasuri, cu fenomene de dispnee intensă.

Asemenea cazuri au fost des semnalate în timpul campaniilor lui Napoleon. *Tournier Pescay* reaminteşte că în Spania dese ori «după un marş obositor, sub un soare «arzător, şi pe un teren incandescent», mulţi soldaţi erau atinşi, a doua zi, de un tetanos «universal». Medicii, cari au avut ocaziunea să observe în ţările tropicale, *Heyfelder*, *Morehead*, *Bajon*, *F. Raymond*, *Emery-Desbrousses*, *L. Vincent*, *Burot* şi alţii, au semnalat frecuenţa şi gravi-

---

(1) *Thalmann*. Zeitschr f. hyg. XXXIII. 1900. 387.

tatea tetanosului în Africa, în Guyana, în India, mai ales în timpul verei. «În țările calde, zice *Burot*[1]), tetanosul «are o formă aproape fulgerătoare, de oarece el omorâ în mai puțin de 24 ore».

I. Moore (2) a publicat cazul unui agricultor care muncind la câmp în luna Iulie, a fost lovit de insolație. După câteva zile mai târziu el murì de tetanos acut. Nu prezintà nici o rană.

T. Benton (3) semnalează un caz analog.

In fine *Vincent* (4) citează observația unui bolnav atins de tetanos mortal, fără rană aparentă. In anamneza lui se notează, cu 6—7 zile mai înainte de apariţiunea trismusului, un marș la soare urmat de febră, insomnie și cefalea violentă.

Acelaș caracter fulgerător se observă în cazurile de tetanos post-chininic.

In mai multe rânduri, în țările calde, în Grecia, în coloniile engleze, dar mai ales în Africa, s'au observat cazuri de tetanos consecutiv injecțiunilor sub-cutanate de săruri de chinină. *Roberts* (5), *Odevaine* (6), *Marcoussis* și *Kapetanakis* (7) în Grecia, *Laugier* (8), *Segard* (9), *Burot*, *Emery-Desbrousses* (10), au semnalat asemenea cazuri. În timpul expedițiunii Franceze la Madagascar, *Emery-Desbrousses* a observat la Majunga 11 cazuri de tetanos post chininic «cu toate că injecțiunile fuseseră făcute cu toate precauțiunile de asepsie.»

Se prezintă obiecțiunea: evident că, cazurile de mai sus

---

(1) *Burot*. Bulletin de l'Académie de médecine 1897. P. 126.
(2) *I. Moore*. Tetanus following sunstroke. The Lancet, 1876. P. 395.
(3) *I. Benton*. A case of idiopatic Tetanus. The Lancet 1896. P. 682.
(4) *H. Vincent*. Tétanos dit médical ou spontané. Ann. Inst. Pasteur 1904. P. 450.
(5) *H. P. Robertz*. Tétanus following the hypod. inj. of. quinine in malarious fever. The Lancet, 1876. P. 736.
(6) *Odevaine*. Citat în: Richelot, nature et traitement du tétanus. Rev. des sc. méd. 1877 X.
(7) Conf. *Le Dentu et Delbet*. Traité de chirurgie. Th. I. P. 87.
(8) *L. Vincent et Burot*. Acad. de médecine. 1876. P. 385.
(9) *Segard*. Arch. de méd. navale 1886. T. XLVI.
(10) *Emery-Desbrousse* Bull. génér. de thérapeutique 1901. P. 647.

s'ar puteà atribuì unei infecţiuni operatorie. O asemenea ipoteză ar fi, poate, legitimă la unele dintre ele, cum sunt spre exemplu, cazurile lui *Marcoussis* şi *Kapetenakis,* cari au prezintat caracterul unei adevărate epidemii spitaliceşti. În multe cazuri însă, reese din observaţiunile citate, că atât sterilitatea soluţiunii cât şi asepsia operatoare au fost neatacabile. Apoi *Emery-Desbrousses* observă foarte just, că printre mulţimea de bolnavi inoculaţi cu acelaş ac, cu aceiaş soluţiune, imensa majoritate n'a fost atinsă de tetanos; că inoculările subcutanate făcute, în acelaş mediu, cu soluţiuni de morfină, de cocaină, etc., n'au fost nici odată urmate de accidente tetanice. In fine, tetanosul post chininic presintă o fizionomie diferită de ceea ce se observă la tetanosul cronic obişnuit, şi evoluează întocmai precum evoluează tetanosul consecutiv insolaţiunei, generalizarea contracturilor efectuându-se foarte repede şi moartea survenind 18—24 ore după apariţiunea trismusului. Se pare că, întocmai ca şi insolaţiunea, chinina a avut o acţiune favorizantă asupra desvoltării tetanosului; nu însă injecţiunea a fost cauza infecţiunii.

Aceste două puncte atât de obscure: acţiunea favorizantă a supra-încălzirii şi aceea a sărurilor de chinină au fost elucidate de *H. Vincent* (¹), (²), în lucrările pe cari le vom analizà mai departe.

IV.

Mai nainte de a expune rezultatele experimentale la care a ajuns *H. Vincent* să reamintim în câteva cuvinte mecanismul apărărei organismului în contra infecţiunei tetanice. Să ştie, că elucidarea acestei chestiuni este datorită cer-

---

(¹) *H. Vincent.* Tétanos et quinine. Ann. Inst. Pasteur. 1904. P. 748.
(²) *Vaillard et H. Vincent.* Contribution à l'étude du tétanos. Ann. Inst. Pasteur. 1891

cetărilor, astăzi clasice, a lui *Vaillard* în colaborație cu *H. Vincent*.

Sporii tetanici vii pot fi injectați la un animal sensibil, precum este cobaiul, fără ca să provoace intoxicațiunea tetanică, atuncea când prin încălzire la 65°—80° a fost distrusă toxina care le erà aderentă. Sporii încălziți la 65° timp de 20 minute sunt deci inofensivi deși nu sunt omorîți; odată injectați, nu vegetează în organismul animalului. Sporii tetanici răspândiți în natură, la suprafața solului, sunt și ei inofensivi fiind lipsiți de toxină (toxina a fost distrusă prin acțiunea combinată a soarelui, a ploaiei și a aerului). Cum se explică însă această inocuitate sau, mai bine, această inaptitudine de a vegeta în organismul viu?

Foarte repede după pătrunderea lor sub pele, sporii tetanici sunt înconjurați, apoi apucați și înghițiți de leucociții polinucleari, din cari unii înghit până la 30 spori. După 6 ore, inglobarea sporilor este complectă. In interiorul fagocitelor sporii 'și perd repede afinitatea lor pentru materiile colorante, fiind atacați de fermenții digestivi ai celulei; după câtva timp dispar, fiind complect digerați.

Printre leucociții încărcați cu spori, unii părăsesc focarul de injecție și se fixează în ganglionii cei mai vecini unde constituesc (1) câte odată focare latente care persistă câtva timp. Imobilizarea și distrugerea în interiorul leucociților polinucleari sunt deci factorii care împedică germinațiunea sporilor. Este suficient însă ca, printr'un procedeu oare care, să se împiedice activitatea leucociților pentru ca sporii, rămași liberi și nejenați, să vegeteze și pentru ca să se producă cantități mari de toxină. Astfel inoculând, împreună cu sporii, o soluțiune de acid lactic, fagocitoza nu se produce, de oare-ce acidul lactic are asupra celulelor mobile o acțiune chimiotactică negativă. Microscopul ne arată sporii, rămaşi liberi şi extracelulari, lungindu-se şi dând forme vegetative. După câtva timp tetanosul se declară.

---

(1) *Oettingen u. Zumpe*. Deutsche Arch. f. Klin. med. 1899. P. 408.

Acelaş lucru se produce dacă în loc de acid lactic inoculăm împreună cu sporii tetanici vreun alt microb, puţin-virulent, sp. ex. *„micrococus prodigiosus“*. Se poate constată că leucociţii înghit cantităţi formidabile de micrococi, lăsând la o parte sporii tetanici; căci micrococul exercitează asupra lor o acţiune atrăgătoare mai puternică ca sporii tetanici. Aceştia din urmă rămaşi liberi între celule, vegetează, iar tetanosul apare.

Fără ca să insistăm mai mult asupra acestor fenomene atât de interesante, vedem că rezistenţa organismului faţă de sporii tetanici lipsiţi de toxină este strâns legată de activitatea leucociţilor polinucleari. Impedicându-se această activitate, animalul capătă tetanosul.

V.

H. Vincent a căutat să vază dacă nu cumva supraîncălzirea ar micşorà rezistenţa organismului faţă de sporii inactivaţi. Se ştià dejà că animalele cu temperatură variabilă îşi perd imunitatea lor faţă de diferite infecţiuni când le supunem unei incălziri anormale. Aşà, fiind menţinute la 25—30° broasca îşi perde imunitatea ei pentru bacilul cărbunelui, şopârla nu mai rezistă la tuberculoza aviară. — V. Babeş (¹) a reuşit să provoace apariţiunea tetanosului la broasca infectată menţinând-o la o temperatură de 30°.

Menţinându-se mici mamifere de laborator, (cobai, iepuri), sau sub acţiunea directă a razelor solare, sau în termostat, la o temperatură de 38°—42°, animalele prezintă semne de intoxicaţie gravă: dispnee, convulsiuni, apoi coma şi moarte. Temperatura rectală se ridică repede de la începutul

---

¹) *V. Babeş.* Recherches sur le tétanos. Ann. de l'Inst. de Bactériologie Bucarest 1902.

accidentelor și ajunge la 44° și mai sus. Supra-încălzirea animalelor produce deci accidentele tipice ale insolațiunii. Pentru a realiză experiențele relative la tetanos, animalele nu sunt supuse la supra-încălzire decât până ce termometrul arată o temperatură rectală de 42,5. După 2—3 ceasuri ele revin la starea lor normală.

Sporii tetanici inactivați prin încălzire la 80°, sunt inofensivi și pot fi inoculați unui cobai fără a determina tetanosul.—Să supunem însă la supra-încălzire un cobai astfel inoculat: tetanosul va apare în mod fatal. Se constată că din momentul ce animalul a fost ipertermizat, incubațiunea tetanosului este normală și durează 2—3 zile. Indată însă ce apar fenomenele de tetanizare, (pleurostotonos), tetanosul se generalisează cu o repeziciune înspăimântătoare, rigiditatea este generală, «universală» după expresiunea medicilor militari Napoleonieni; există o dispnee intensă (tip Cheyne-Stokes) și se produce un fremisment vibratoriu generalizat. Moartea survine în mod supracut și în unele cazuri se produce 9—11 ore după izbucnirea primelor accidente Tabloul clinic reamintește pe acela al tetanosului splanchnic la cobai, cu toate că inoculația s'a făcut prin cale subcutanată, în cât este probabilă o generalisație a microbilor în organism.

Pentru ca, prin supra-încălzire, să redeșteptăm un tetanos latent, nu este necesar ca expunerea la soare sau in termostat să se facă imediat după inocularea sporilor. Accidentele tetanice apar chiar atuncea când ipertermizarea s'a produs 15, 20, 40, într'un caz chiar 60 de zile după infectarea cu spori. Această constatare ne arată că în unele cazuri, două luni după pătrunderea lor, sporii nu sunt încă complect distruși în organism — ea ne face să înțelegem tot deodată cum, la om, tetanosul provocat de insolațiune poate isbucni mult timp după cicatrizarea porței de intrare.

Variându-se condițiunile experimentațiunei și expunând la termostat un cobai deja atins de un uşor tetanos cronic, constatăm că simptomele se agravează repede şi că animalul moare cu fenomene de infecţiune generalizată.

Experimentaţiunea ne arată dar că ipertermizarea, la cobai ca şi la om, transformă un tetanos latent şi inofensiv într'un tetanos mortal cu evoluţie supra acută.

Autopsia animalelor cari au sucombat ne arată că bacilul tetanosului, în loc să fie localizat în punctul de inoculare precum se întâmplă de obiceiu, s'a generalizat în organismul întreg. Se poate izolà din splină, din ficat, din centrii nervoşi, din măduva oaselor în fine din sânge, în cât avem a face acì cu o adevărată septicemie tetanică, fapt cu totul anormal.

Studiul microscopic al sângelui ne dă cheia problemului: la animalul supraîncălzit se constată la leucociţi modificaţiuni din cele mai interesante, atât din punctul de vedere calitativ, cât şi cantitativ. Mai întâiu numărul polynuclearilor scade în mod progresiv, trecând dela 10.000—8.000 la 3000, 2000 într'un milimetru cub de sânge. Acestă ipo polinucleosă este cu atât mai pronunţată cu cât rezistenţa animalelor faţă de infecţiune se arată mai slabă. Dispariţia polinuclearilor nu provine dintr'o îngrămădire a acestor elemente în organele limfoide, ci dintr'o topire, dintr'o disolvare a protoplasmei lor; ipertermizarea provoacă în sânge o citolisă intensă; protoplasma celulară se umflă la început apoi se produce o kariolisă complectă, nucleul difuzând în protoplasmă.

Mononuclearii şi limfociţii sunt mai rezistenţi, citolisa lor nu începe să se producă decât atuncea când temperatura rectală a început să treacă peste 42.5.

Leucolisa ne explică în mod clar atât izbucnirea accidentelor tetanice, cât şi generalizarea bacililor. Prin distrugerea leucociţilor încărcaţi cu spori, aceştia sunt puşi în libertate, germinează şi ne mai întâmpinând nici o rezistență din partea organismului, îl invadează. Toxina elaborată în cantități enorme în urma multiplicării germenilor este absorbită, deodată prin toate terminările nervoase; absorpțiunea ei prin ramificările simpaticului și ale pneumogastricului dă naștere la fenomenele tetanosului splachnic constatate în timpul vieței.

Determinismul acestor fenomene este așà de bine stabilit prin experiențele lui *Vincent*, în cât simptomalogia tetanosului consecutiv insolației la om, devine foarte clară. Este evident că, mai ales în regiuni tetanigene, dese ori sporii uscați, deci inofensivi, pătrund în organism, fie prin micile excoriațiuni ale pelei, fie prin mucoasa nazală, faringiană, sau chiar pulmonară; sporii se mențin câtvà timp în mod latent, în interiorul globulilor albi, mai nainte de a fi complect distruși prin digestiunea intracelulară. Insolațiunea ridicând temperatura rectală până la 43°, provoacă, probabil, o leucolisă în urma căreia sporii sunt puși în libertate. Atunci isbucnesc acele accidente tetanice supra acute, cu predominență în zona simpaticului și a pneumogastricului (dyspnee intensă, astenie cardiacă pronunțată).

De altmintrelea starea fluidă a sângelui la acești bolnavi a fost semnalată de mai mulți observatori, bacilul tetanic elaborând pe lângă toxina tetanizantă, și un ferment hemolizant foarte activ.

VI.

În ceeace privește acțiunea sărurilor de chinină, se poate constatà că ea provoacă isbucnirea tetanosului latent. Un cobai inoculat cu un amestec de spori încălziți și de soluțiune chininică, după o perioadă de incubație normală (2—3 zile), prezintă un tetanos mortal, iperacut, evoluând în 18 — 24 ore, cu fenomene splachnice (dispnee), indicând o repede generalizare a bacililor în organism. La autopsii se constată prezența lor în splină, ficat, măduva osoasă — în sânge nu s'a putut decelà. Totdeodată se constată o ipoleucocitoză, dacă nu așà intensă ca în cazurile de ipertermizare, totuși foarte pronunțată (numărul leucociților polinucleari scăzând cu jumătate).

Această acțiune favorizantă așà de evidentă a sărurilor de chinină o putem constatà și atuncea când injecțiunea chininică nu se face decât mai multe zile după inocularea sporilor, fie că chinina se injectează eodem loco cu sporii, fie că injecțiunea se face într'un alt punct mai depărtat, s. ex. în flancul opus. In acest din urmă caz se poate constatà, după moarte, că bacilii tetanici au vegetat nu în punctul unde au fost inoculați, ci în punctul unde s'a făcut injecțiunea chininică. Acest fapt, în aparență paradoxal, se explică însă foarte lesne cu datele patologiei generale. Injecțiunea de chinină determină un focar local de necroză; productele celulelor necrozate exercitând asupra leucociților o puternică atracțiune, la acel punct se produce un aflux de globuli albi din care unii încărcați cu spori. Se știe cât sunt de favorabile pentru vegetațiunea bacilului lui Nicolaier asemenea focare de necroză. Deci, în acel punct se produce o activă vegetațiune a bacililor importați. De altmintrelea mecanismul este acela al metastaselor microbiene în genere, în urma unui traumatism.

Chinina deșteaptă dar tetanosul latent. Faptul reese în mod evident din experiențele lui *Vincent*, acì nu se poate învinuì lipsa de asepsie operatorie. Dacă căutăm să explicăm mecanismul acestei acțiuni favorizante a chininei, îi putem atribuì o dublă cauză; mai întâiu sărurile de chinină au asupra leucociților o acțiune otrăvitoare pronunțată constatată de: *Binz*, *Scharrenbroich*, *Zahn*, *Jerusalemsky* și *Maurel*. Doze mici *paralizează* mișcările leucocitare și împedică diapedeza (¹); în doze mai mari, deși

---

(¹) *Maurel*. Bull. de la soc. de Biologie, 1-er nov, 1902, 14 mars 1903.

inferioare dozelor toxice pentru animale, sărurile de chinină *omoară* globulii albi.

In urma injecțiunilor de chinină se produce deci, un grad oarecare de leucoliză, având drept rezultat punerea în libertate a sporilor fagocitați.

Apoi grație proprietăților sale necrotizante, injecțiunea chininică determină o *fixațiune* a bacililor tetanici în punctul de inoculație, constituindu-le astfel un mediu eminamente favorabil pentru multiplicarea lor. Importanța favorizantă a acestui focar necrotic reese și din faptul că chinina, introdusă prin cale bucală, nu pare a aveà nici o influență asupra redeșteptării focarelor latente de tetanos.

Să semnalăm faptul că acțiunea favorizantă a injecțiunilor chininice nu se mai manifestează, atuncea când a trecut mai mult de o săptămână între inocularea sporilor și inocularea medicamentului. Această acțiune este deci mai puțin intensă ca aceea a ipertermizării.

Cu această ocaziune putem reamintì că mai multe substanțe, având asupra leucociților o acțiune necrotizantă, pot redeșteptà focare microbiene latente. In această privință una din cele mai interesante este clorurul de sodiu. Această substanță, așà de stimulantă pentru activitatea leucocitară când se întrebuințează în diluțiuni slabe, are o acțiune necrozantă din cele mai caracteristice, fiind întrebuințată sau în soluțiuni prea concentrate, sau în cantități prea mari. In asemenea cazuri activează microbismul latent. *E. Vincent* (¹) injectând sub pelea unui cobai sporii tetanici încălziți, și într'o regiune opusă o soluție ipertonică de NaCl, constată că animalul moare cu un tetanos acut; în punctul unde s'a injectat clorurul de sodiu se constată un focar de necroză, o fixațiune și o multiplicare activă a bacililor tetanici. Putem apropià de această observație o alta ana-

---

(¹) *Vincent*, C. R. Soc. biol. 1904. p. 924.

logă, făcută de *A. Slătineanu* (¹). Microbismul latent se poate lesne constată la cobaii infectaţi cu coccobacilul lui *Pfeiffer*, care persistă săptămâni întregi în interiorul leucociţilor polinucleari (în micile abcese miliare răspândite pe suprafaţa viscerelor abdominale) fără a se manifestă prin vreun fenomen patologic. Este câte odată suficient, în asemenea caz, de a se face o injecţiune intraperitonală cu o soluţiune fiziologică de clorur de sodiu pentru a determina o repede generalizare a coccobacililor şi o septicemie mortală.

VII.

Experienţele lui *Vincent* elucidează în mod magistral mecanismul tetanosului idiopatic consecutiv insolaţiunii sau injecţiunilor subcutanate de săruri chininice. In ambele cazuri se produce, în urma leucolizei şi a paraliziei leucocitare, o punere în libertate a sporilor imobilizaţi. Ca în experienţa lui *Vaillard* cu injecţiunile lactice, sporii liberaţi germinează, vegetează; se elaborează toxină şi tetanosul apare cu atât mai acut cu cât bacilii neîmpiedicaţi se generalizează.

Presupunând că în unele cazuri refrigeraţiunea organismului ar avea şi ea o acţiune favorizantă asupra infecţiunii tetanice latente, este probabil că explicaţiunea ar fi aceeaş. Este clasică experienţa lui *Pasteur* care suprimă, la găină, imunitatea ei naturală faţă de infecţiunea cărbunoasă, menţinându-i câteva ore labele în apă rece. *Wagner* (²) cercetând de aproape determinismul acestui fenomen, a constatat că refrigeraţiunea suspendă diapedeza leucocitară; reacţiunea fagocitară fiind nulă, bacteridiele se multiplică şi infectează organismul redus la neputinţă.

(¹) *A. Slătineanu*, Septicémie expérimentale par le coccobacille de Pfeiffer. Thèse de Paris 1901.

(²) *Wagner*, Le charbon des poules. Ann. Inst. Pasteur. 1890. P. 57.

Ar fi de dorit ca experiențele lui *Thalmann* să fie reluate pentru tetanos.

Prin elucidarea experimentală a determinismului fenomenal în tetanosul a frigore, ar dispare definitiv misterul care intunecă mecanismul tetanosului idiopatic.

Studiul experimental al tetanosului idiopatic ne arată cât este de frecuentă și de persistentă tot de odată infecțiunea tetanică latentă. Până în momentul când sunt complect distruși, sporii sunt în stare să germineze și să provoace un tetanos mortal îndată ce scade activitatea leucocitară, Printre aceste cauze de slăbire, refrigerațiunea, ipertermia, infecțiuni intercurente, diverse substanțe necrotizante, precum sărurile de chinină și clorurul de sodiu au un rol capital. Un caz publicat de curând în Germania (¹) dovedește prezența bacililor în splină la un bolnav mort de tetanos, cu toate că primise cantități considerabile de ser antitetanic, ceea ce, cel puțin, ar fi trebuit să oprească generalizarea. — Dacă cercetăm mai de aproape observația acestui bolnav, constatăm că el fusese tratat cu injecțiuni repetate (din 2 în 2 ceasuri) de soluțiune fenicată 2⁰/₀. Ori, se știe (²) că acidul fenic are asupra vieței leucocitare o acțiune foarte vătămătoare; în plus, injecțiunea acestei substanțe, determină focare de necroză intensă; cunoaștem dejà acțiunea fixatrice ce o prezintă focarele de necroză asupra bacililor tetanici. Ne putem deci întrebà dacă nu cumva tocmai injecțiunile fenicate au determinat agravarea cazului și generalizarea microbilor.

Studiul experimental al tetanosului idiopatic, pe lângă faptele interesante de patologie generală ce el ne aduce, este și foarte instructiv, de oarece el ne arată folosul ce o poate aduce metoda experimentală în elucidarea fenomenelor de patologie umană.

(¹) *Creite.* Centralbl. f. bakter. XXXVII, 1904. P. 312.
(²) *Heinz.* Handb. d. exp. u. pharmakol. I. P. 443.

Faptele experimentale arătate mai sus ne permit să stabilim şi o noţiune practică: necesitatea de a se face o injecţiune preventivă cu ser antitetanic la ori şi ce individ purtător de plagă suspectă, cicatrizată de curând sau necicatrizată, atunci când bolnavul sau prezintă simptome de insolaţiune, sau este supus la un tratament chininic prin cale ipodermică.

Dr. D. Tatuşescu.

DIAGNOSTICUL PRECOCE AL TUBERCULOZEI PULMONARE

Năzuinţa de a pune un diagnostic precoce al tuberculozei pulmonare, nu este pornită dintr'un sentiment platonic de subtilitate clinică, nici dintr'un interes de concurenţă medicală, sau glorie rău plasată de a fi spus cel dintâiu această ştire neplăcută bolnavului. Din contra, ea isvorăşte dintr'un sentiment umanitar şi eminamente folositor bolnavului, acela de a-i puteà recunoaşte boala, cu un moment înainte ca ea să devie incurabilă, şi a-l preveni, într'un mod mai mult sau mai puţin abil, de pericolul care îl ameninţă indicându-i, în acelaş timp, mijloacele prin ajutorul cărora se poate vindecà, sau cel puţin prelungì cu mult viaţa.

Acesta nu e singurul interes, mai este şi interesul profilactic ca o tuberculoză să fie cunoscută cât mai aproape de debutul ei, pentru ca să se poată luà măsuri de apărare şi ferì de contagiune cei ce se găsesc mai aproape de bolnav şi impart cu dânsul viaţa comună, cât şi pentru măsurile ce ar trebuì să se ia în interesul apărărei societăţei în general.

Formularea unui diagnostic precoce, joacă un rol foarte mare, în diferite împrejurări sociale cari angajează viitorul, cum e în căsătorie, şi care, dacă nu sunt bine chibzuite, pot produce un dezastru familiar și îndrumă pe calea peirei generații întregi.

Toate aceste argumente sunt suficiente, cred, ca să legitimeze goana ce se întreprinde astăzi pentru descoperirea de semne noi, cu ajutorul cărora să se poată pune un diagnostic precoce al tuberculozei pulmonare și să-mi încuviințeze mie întreprinderea de a face o revistă generală a tuturor acestor semne, cu ajutorul cărora s'ar puteà formulà un asemenea diagnostic. Punând chestiunea la punct, ne propunem să venim cu o modestă contribuție de observații personale și un stock de material împrumutat practicei întinse a profesorului și maestrului nostru, D-rul *Buicliu.*

In expunerea subiectului nostru, vom căutà, pe cât posibil, să grupăm aceste semne după felul cercetărilor ce suntem nevoiți să întreprindem pentru descoperirea lor; vom grupà dar în mănunchiuri deosebite semnele ce obținem din cercetările clinice, cele ce dobândim din cercetările de laborator și, în fine, cele rezultate din cercetările experimentale.

Pentru ca să nu avem aerul însă că nu ne ținem de cuvânt, declarăm dela început, că nu vom fi sclavii necondiționați ai acestei paragrafări, și că acolo unde un procedeu decurge în mod logic dintr'altul sau din interpretarea unui semn clinic, îl vom expune în ordine succesivă, fără să ținem seamă că după diviziunea materiei, el ar aparține altui capitol.

In limitele posibilității, iarăși vom căutà să păstrăm în expunerea semnelor ordinea cronologică a aparițiunii lor în analele științelor medicale.

I.

DATELE CLINICE.

În fruntea inventarului datelor patologice ale bolnavului, stă: **Anamneza.**

Printr'aceasta înțelegem: ereditatea directă, ereditatea colaterală, contagiunea posibilă, mediul şi condiţiunile în cari trăeşte bolnavul, boalele cari predispun la tuberculoză, (pojarul, tusea convulsivă, etc.), amintindu-ne că transmisiunea ereditară directă a tuberculozei prin mamă a fost dovedită de *Baumgarten*, *Crocq* şi alţii; iar demonstraţiunea experimentală a fost făcută de *Landouzy*, *Martin*, *Maffuci* şi alţii. Câte odată se transmite tipul boalei chiar şi al localizării morbide (Papillon); altă dată se transmite dispoziţia constituţională sau temperamentul.

Inspecţiunea.

Înainte chiar ca *Avenbrugger* să fi pus în serviciul semiologiei percuţia şi *Laënnec* auscultaţia, medicii au căutat prin simplă observaţie şi inspecţie, să izoleze din chaosul de pulmonari un tip morbid, care să reprezinte tuberculoza. De atuncea şi până astăzi, cu toate că s'a adăogat un nămol de semne noui şi mult mai certe, şi că valoarea *habitusului exterior* a scăzut cu mult, nu s'a renunţat însă cu totul la dânsul, şi nu de puţine ori colaborarea lui ne este preţioasă pentru punerea diagnosticului.

Tuberculosul tânăr, din momentul primului debut modest în cariera lui patologică, se prezintă, în general, cu înfăţişarea unui om slab, gâtul lung, cartilagiul thyroid proeminent, pielea obrazului fină, transparentă, umerii obrajilor rozaţi, vasomotorii foarte impresionabili (fenomene pe cari autorii germani le pun pe socoteala unor turburări funcţionale şi trofice ale sistemului nervos, datorite influenţei toxinei tuberculoase, *Schröder* şi *Blumenfeld*, (Therapie der Lungenschwindsucht, Leipzig 1904). Paloarea mucoaselor şi *paloarea în special a porţiunei membranoase a vălului palatin*, care nu numai că ia parte la paloarea generală a mucoaselor, ci dobândeşte o culoare galbenă mai pronunţată, probabil din cauza iperplasiei ţesutului limfoid care abundă în structura sa. Sistemul pilos în general foarte desvoltat, genele lungi. Ochii strălucitori, par măriţi din cauza slăbiciunii bolnavului. Umerii ridicaţi în sus din cauza înfundării sternului şi încovoierii coloanei vertebrale. Axilele mai totdeauna în transpiraţie, lăsând adeseori să perleze picături de sudoare; iar, din cauza umidităţii acide, în care macerează, părul axilar ia o coloraţiune roşiatică şi un aspect mat. Membrele subţiri, extremităţile degetelor ipertrofiate, semănând a baghetă de toboşar (leziune trofică în legătură mai mult cu o insuficienţă de ventilaţiune pulmonară, de orice origine ar fi ea, decât o manifestaţie specifică a tuberculozei propriu zise). Proeminenţele şi înfundăturile anatomice ale toracelui exagerate.

La aceste semne, dobândite prin pură inspecţiune, se mai adaugă:

Semnul lui Freud. («Deutsche med. Woch»., 1901).

Autorul a observat că la tuberculoşii pulmonari, chiar cu leziuni incipiente, există în actul inspiraţiunei, o complectă imobilitate, sau o mişcare foarte limitată a primei coaste din partea bolnavă, în raport cu excursiunea pe care o fac congenerele ei şi în special coasta similară din partea opusă. Acest fenomen ar fi datorit unei osificaţii premature a coastei în chestiune. N'am făcut cu privire la acest semn, un control bine susţinut; se pare însă că el îşi poate pierde autonomia fără nici o pagubă pentru ştiinţă, înglobându-l în semnul care a fost descris de *Grancher* şi alţii după dânsul sub titlul: *Întîrzierea şi limitarea mişcărilor respiratorii la vârful plămânului,* ca semn de diagnostic precis al tuberculozei pulmonare.

Semnele lui Turban. (Sem. méd. 1899), cari consistă în:

a) Apariţia unei reţele venoase subcutanate, deoparte şi dealta a sternului, sau la nivelul celei de a 7-a vertebră cervicală sau 1-a dorsală. Efect al ipertrofiei unora din ganglionii mediastinali cari ar aduce o piedică parţială în circulaţiunea venoasă.

b) Apariţia de pulsaţiuni cardiace la nivelul spaţiului 2, 3 şi 4 intercostal stâng, provenite dintr'o retracţie pulmonară, care pune în contact intim cu peretele toracic inima şi vasele mari.

Semnul lui Cordile. (Riforma medica 1898), care consistă în faptul că la tuberculoşii averaţi ca şi la bănuiţi, vârful cordului bate totdeauna pe linia parasternală; fenomen care este datorit diformaţiunii toracelui mărit în sens vertical în dauna diametrului transversal.

Deşì autorii citaţi atribue o mare importanţă acestor semne cardio-vasculare, noi credem că rolul pe care ele îl pot jucà în punerea unui diagnostic precoce, e foarte şters, deoarece sunt multe leziunile cari pot da această deslocuire a vârfului cordului şi apariţia acelor plexuri venoase de o apreciare atât de relativă. In ori-ce caz ele pot fi considerate ca semne eminamente accesorii şi de o valoare oarecare numai în concertul celorlalte semne.

Semnul lui Destrée, caracterizat prin inegalitate pupilară cu dilataţia pupilei din partea plămânului vătămat. Acest semn simpatic, care de multe ori întovărăşeşte leziunele pulmonare chiar dela începutul lor, beneficiază de mai multe interpretări. Autorul îl pune mai mult pe seama adenopatiei tracheo-bronchice şi de aceea zice că el este una din primele manifestaţii ale infecţiunii cotropitoare, a bacilului lui Koch, când această infecţiune a pornit-o pe calea limfatică; iar autorii germani *(Schröder* şi *Blumenfeld)* tind să-l interpreteze printr'o nevrită toxică a simpaticului.

Semnul lui Frederic Thompson, studiat de *Sticker, Drapor, Andressen, Jourdin* şi *Fischer* etc., consistă în apariţia, câte odată, înaintea ori cărui alt semn stetoscopic, al unui lisereu gingival, alb la debutanţi şi scrofuloşi, violaceu la tuberculoşii cronici şi roşu aprins la tuberculoşii acuţi.

Semnul lui Bertrand (Sem. méd. 1905 No. 15), e caracterizat prin *apariţia pitiriazisului versicolor* pe torace, considerat ca semn indirect al tuberculozei pulmonare la debut.

Acest semn aşà enunţat, surprinde pe clinician, care rămâne cu oarecare îndoială asupra valorii lui; autorul însă îl legitimează prin următorul raţionament de analogie:

După cum, zice dânsul, furunculoza atrage atenţiunea medicului, asupra glicozuriei, tot aşà prezenţa pitiriazisului versicolor, pe un bolnav care să anemiază, slăbeşte şi tuşeşte puţin, trebue să-i deştepte bănuiala unei tuberculoze pulmonare incipiente.

Palpaţiunea.

Printr'acest singur mijloc de cercetare obţinem relativ puţine semne; combinându-l însă cu percuţiunea directă obţinem oarecari semne de o valoare necontestată, şi anume:

Semnul plexului brachial. Înainte de a face cunoştinţa acestui semn, să dăm cuvântul lui Ch. Féré ca să ne arate raporturile ce contractă acest plex cu plămânul:

«La nivelul vârfului plămânului — zice autorul Anatomiei «medicale a sistemului nervos — plexul brachial este vecin «cu plevra, de aceea se văd adeseori ramurile sale afec«tate în leziunile inflamatoare cronice ale organului respi«raţiunei.» *Beau* descrisese şi el la ftizici, iritaţiuni cari pot merge până la adevărate nevrite; iar altădată traiectele acestor nervi pot deveni sediul erupţiunilor de zona.

Din această simplă descripţie a rapoartelor anatomice şi a leziunelor de contiguitate, cari decurg, întrevedem deja o întreagă gamă de semne clinice, cari pot veni în ajutorul diagnosticului precoce al tuberculozei.

a) Când leziunea tuberculoasă, localizată la partea culminantă a vârfului plămânului, interesează şi plevra, iar prin intermediul ei, sau poate prin intermediul limfaticelor, irită plexul brachial, nu însă destul de tare pentru ca să dea dureri spontanee (nevralgii), nici în măsură ca să producă leziuni trofice (atrofii musculare), dar suficient ca să exagereze sensibilitatea nervului, atunci: comprimând cu amândouă mâinile în acelaş timp şi cu aceaşi intensitate ramurile plexului brachial şi făcându-le să vibreze ca pe nişte coarde întinse sau percutându-le direct cu ciocanul, bolnavul va acuză o sensibilitate mai pronunţată de partea unde plămânul e lezat, care poate merge până la durere. Ea nu rămâne însă totdeauna localizată, ci se poate iradià în axilă, până la cot sau până la extremitatea degetelor; în opoziţie cu partea opusă unde această manoperă nu produce nici o sensaţiune neplăcută.

b) Leziunea nervoasă progresând, simpla iritaţiune de adineaori devine nevrită cu toate caracterele ei: dureri, atrofii musculare, reacţie de degenerescenţă etc.

Această nevrită, ante-mergătoare a semnelor stetoscopice,—pentru că presupunem cazul când lesiunea rămâne bine localizată la vârful plămânului, şi se disimulează astfel auscultaţiunei, — nu trebue să fie confundată cu nevrita infecţioasă, rezultat al impregnărei organizmului cu toxine tuberculoase de care ne vom ocupà mai târziu. (*Nistor*, teză, Bucureşti 1902).

Semnul cubitalului. Printr'o îndrumare logică a gândirii şi sprijinit pe faptul că o leziune pe traiectul unui nerv exteriorizează fenomenele subiective până la terminaţiunile lui periferice, mi-am zis că, în toate acele cazuri, unde există o iritaţiune a plexului brachial şi la care plexul brachial e greu de pipăit şi comprimat din cauza grăsimei sau a prezenţei ganglionilor ipertrofiaţi; ca şi în cazurile când sensibilitatea musculară sau cutanată, fiind exagerată ne împiedică de a ne da seama în mod precis dacă durerea aparţine nervului sau ţesuturilor vecine, ne vom puteà servi în beneficiul diagnosticului de nervul cubital în trecerea lui prin şanţul epitroclean.

Această regiune pare a fi de alt-fel mult mai indicată pentru a exercità o compresiune asupra nervului, el fiind la acest nivel izolat, acoperit numai de piele și culcat pe un plan rezistent osos. Concepția noastră teoretică a trecut cu succes și proba verificării practice, făcută atât de profesorul Buicliu, cît și de noi înșine pe mai multe cazuri de tuberculoși incipienți cu leziuni ale vârfului.

Pînă la dovezi contrarii, credem că acest semn poate să treacă printre acelea, cari servesc la stabilirea diagnosticului precoce al tuberculozei pulmonare.

Semnul lui Peter și Filleau. Compresiunea pneumostricului la nivelul bazei gâtului provoacă o durere foarte vie locală precum și o durere circumscrisă în câmpul indurațiunii pulmonare (clou phtisique). După părerea lui *Boulland* această durere a pneumogastricului este un fenomen de debut, care se atenuează și dispare cu progresul ftiziei, probabil din cauza distrucțiunii extremităților nervoase la nivelul cavernelor.

Vibrațiunile toracice. Este unul din cele mai prețioase semne pe cari ni le poate da palpațiunea simplă. Inainte însă de a aprecia cu justa lui valoare acest semn, trebue să cunoaștem cauzele care-l pot falsifică și anume: atrofia grupului muscular a uneia din regiunile explorate, care, făcând contactul mai intim între mâna care explorează și organul vibrator, va da posibilitatea unei mai bune percepțiuni a vibrațiunilor decât în partea simetrică unde muschii sunt intacți. La femei și copii această explorațiune e de foarte mică importanță, adese ori chiar nulă, din cauza slăbiciunii și a subțiimei vocei cât și din cauză că vocea lor e mai mult de cap (voix de tête).

Mai trebue să fie cunoscută, particularitatea fiziologică că: în general, în stare normală, vibrațiunele sunt mai exagerate la vârful drept.

Câteva consilii technice: să nu se neglijeze de a se cercetà vibrațiunea și în triunghiurile supra-claviculare. Mâna exploratoare să fie bine aplicată pe regiunea ce să explorează, fără să fie contractată şi fără să apese. — Cercetarea trebue să fie totdeauna făcută comparativ; iar palmele vor fi ridicate şi aplicate alternativ pe regiunile simetrice pentru a se puteà obţine cele mai fine nuanţe de deosebire.

Semnul lui Roussel. (*Loire méd.* 15 Martie 1900). Dacă exercităm, zice autorul, o percuţiune unghială directă, în regiunea bănuită, la tuberculoşii incipienţi, vom provocà o durere reflexă toracică exact în punctul percutat. Această durere nu e cutanată pentru că comprimând pielea nu o provocăm, nu are loc nici la nivelul inserţiilor tendinoase, este profundă şi e situată în masa musculară, e, cu alte cuvinte un simptom al miositei de vecinătate.

Urmând înlănţuirea logică a faptelor trebue să ne ocupăm de:

Atrofiile musculare, ca simptom precoce al tuberculozei pulmonare (*Boix, Carcassonne, Murat* etc.). Aceste atrofii recunosc la origina lor două cauze: fie un proces de nevrită, fie unul de miosită primitivă, amândouă în funcţiune de tuberculoză pulmonară. — Ca semn revelator e de mică importanţă din cauză că micele modificări dela început sunt greu de apreciat, cu atât mai mult cu cât în stare normală toţi dreptacii au grupurile musculare, scapulare, umerale şi pectorale, mai desvoltate prin exerciţiu decât simetricele din stânga. Ori, localizarea tuberculozei pulmonare 90 % are loc în stânga. Mai târziu când atrofia devine evidentă, în regulă generală, îşi pierde valoarea revelatoare, prin apariţia altor simptome mai impunătoare, şi trece în categoria semnelor ajutătoare ale diagnosticului.

Palpitaţiile. — Această turburare în motricitatea cordului, nemotivată de cea mai mică ascensiune febrilă şi combinată cu o *ipotensiune arterială,* ar trebuì să poarte denumirea *de grupul semnelor lui Faisans* (*Sem. méd.* 1898), pentru că deşi unele din aceste semne au fost indicate de alții înaintea lui *Faisans*, (*Marfan*. Ipotensiunea arterială 1891), studiul lor în raport cu tuberculoza n'a fost făcut de nimeni așà de documentat până la acest autor. — Interpretările ce se pot da acestui fenomen tachicardic sunt multiple: 1) Iritațiunea sau pareza vagului sau a simpaticului produsă prin toxina tuberculoasă. — 2) Adenopatia tracheobronchică de origină tuberculoasă care poate produce acelaș fenomen prin simplă acțiune mecanică sau inflamatoare asupra acelorași nervi. 3) Tuberculizarea miocardului *(Sivot)*, puțin frecuentă în perioada inițială a tuberculozei. 4) Consecința fiziologică a unui supliment de travaliu cardiac, datorit alterației permeabilității pulmonare. 5) Și în fine acțiunea toxinei tuberculoase asupra centrilor vasomotori.

Tot prin palpațiune constatăm: *Ipertrofia ganglionilor limfatici*. — *Volland și Buttersack*, cari explică mecanismul localizării tuberculozei la vârful plămânilor, prin infecțiunea primitivă a amigdalei faringiane (vegetații adenoide) și propagarea ei în jos pe cale limfatică până la plămân, susțin că acest lanț de infecțiune devine de multe ori palpabil. — Un fapt care se întâlnește adeseori în clinică este *ipertrofia ganglionilor axilari* în partea corespunzătoare leziunii pulmonare.

Măsurătoarea toracică. — Printr'acest procedeu putem dobândi câteva semne presumtive și anume:

Faptul, că raportul între perimetrul toracic și înălțimea e mai puțin decât jumătate este considerat ca un senm de mare valoare, care multă vreme figură și mi se pare că figurează încă printre acelea cari dau dreptul la scutire de armată. — In sprijinul valorii acestui semn, pe lângă alte multe statistici făcute mai cu seamă de medicii militari, voiu cità statistica lui *Baster*, comentată de *Coustan* în care se constată pe 501,068 de recruți, că cu cât perimetrul toracic este mai jos, cu atât se întâlnesc mai multe cazuri de tuberculoză.

Semnul lui Truc şi Charpy, sau micşorarea unghiului xifoidian, format de apendicele xifoid de o parte şi marginea cartilagiilor costale, de alta. — Acest unghiu în stare normală e de 70 — 75°, iar la tuberculoşi din cauza creşterii dimensiunei verticale a toracelui în dauna celei orizontale se reduce la 60°.

Semnul lui Papillon (Thèse, Paris 1897). Autorul susţine că e o presumţie şi mai mare pentru tuberculoză când pe lângă disproporţiile citate se constată că raportul între greutatea corpului, exprimată în hectograme şi înălţimea exprimată în centimetri, ar fi inferior lui 3.

Tot *Papillon* utilizând *spirometria* în scop de a stabili un raport între capacitatea pulmonară şi tuberculoza incipientă, a ajuns la concluzia că sunt suspecţi de tuberculoză pulmonară toţi tinerii, neatinşi de o altă boală cronică a plămânilor, a căror capacitate pulmonară e mai mică de 3 litri, la indivizii de talie mijlocie şi $2^1/_2$ litri la cei de talie mică.

Semnul lui Orion (Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale, Juin 1899). Acest autor merge cu specificarea mai departe şi susţine că: «scoborârea coeficientului de ventilaţiune sub «0.300 şi a aerului rezidual sub 0.800 sunt semne aproape «sigure de induraţiune pulmonară latentă».

Semnul lui Turban consistă în specificarea raportului care există între talie şi capacitatea respiratorie, care după măsurătorile lui *Hutchinson* şi *Ziemssen* trebue să fie la bărbat $^1/_{20}$; iar la femee $^1/_{14}$. Ori de câte ori valoarea unuia din numitori scade, trebue să presupunem tuberculoza pulmonară.

Pneumografia. — *Hirtz* şi *Brouardel (Presse médic.* Mai 1900), cu ajutorul pneumografului lui Marey, au reuşit să obţie la tuberculoşi urme grafice, cari se aseamănă foarte mult între ele, formând aproape un tip, şi cari sunt caracterizate prin faptul că în loc de 4 linii ele au numai 3, lipsind urma perioadei de vacuitate. Urma inspiratoare este adeseori iar cea expiratoare totdeauna mai lungă.

Chimismul respirator. Din studiul schimburilor respiratoare *Robin* și *Binet* au reușit să scoată un semn de diagnostic precoce al tuberculozei. Ei au dovedit augmentarea vădită a acestor schimburi în contrast cu micșorarea tot atât de remarcabilă a capacității pulmonare. Utilizarea mai activă a oxigenului se constată și din observațiunea lui *Henocque* că oxihemoglobina sângelui se reduce mult mai mult la tuberculoși decât în stare normală. Această supra-activitate respiratoare se traduce prin următoarele cifre:

Ventilațiunea pulmonară crește la femee cu 110%; iar la bărbat cu 80,5%.

Oxigenul total consumat pe kilogram-minut se ridică cu 100,5% la femee și cu 60% la bărbat. Acidul carbonic exalat pe kgr.-minut, crește cu 86% la femee și 64% la bărbat.

Oxigenul absorbit de țesuturi crește cu 162,8% la femee și 94,8% la bărbat.

Percuțiunea.

Distingem percuțiunea digitală și percuțiunea instrumentală sau plessimetrică, amândouă sunt aplicabile în semiologia tuberculozei, și preferim chiar să le combinăm, pentru a aveà, la nevoe, intensitatea percuțiunii plessimetrice, și impresiunea modificării elasticității țesuturilor pe care o obținem numai prin percuțiunea digitală. Ea mai este mediată și imediată, iarăși de o potrivă aplicabile și utile scopului nostru.

Să nu se creadă însă că existența fazei latente a tuberculozei pulmonare n'a fost cunoscută decât dela descoperirea percuțiunei de *Avenbrugger*; nu, încă de pe timpul lui Bayle (1810) se cunoșteà această fază a boalei pe care autorul o numia *ftizia ocultă sau în germen*, ea făceà parte însă din domeniul exclusiv al anatomiei patologice. Cu privire la simptomatologia ei *Bayle* ziceà: «nimic nu decelă încă le«ziunea și nici un simptom nu ne face să ne temem de ftisie» (*Bayle*, Phtisie pulmonaire, Paris 1810).

Dela această dată și până astăzi generațiile medicale succesive, printr'o silință de o ireproșabilă continuitate, au lucrat la descoperirea mijloacelor cu ajutorul cărora să se poată diagnosticà această fază ocultă a tuberculozei — cum o numește *Bayle*— și să o treacă astfel din domeniul anatomiei patologice în acela al clinicei. Puțini sunt aceia cari au ocolit această dificultate și cu surprindere trebue să cităm printre dânșii și pe maestrul auscultațiunei *Laënec*. Tesaurul semiologic ce îl posedăm, dobândit prin percuțiune, îl datorim astăzi în cea mai mare parte lui *Woillez*, *Guéneau de Mussy* și *Grancher*.

Aprecierea modificărilor sonorității la început e o chestiune de finețã muzicală de percepere și de execuție care cere un exercițiu oarecare.

Percuțiunea comparativă e de mare ajutor la prinderea acestor nuanțe, cunoscând că în stare normală nu trebue să existe diferențe de sonoritate între un plămân și cellalt, bine înțeles dacă nu cumva, cum am mai arătat și în altă parte, există atrofii musculare, cari altereazǎ condițiunile de producere ale sunetului.

Diferința de sonoritate devine mai evidentă în inspirațiunea profundă; pentru ca să fim însă complecți în cercetarea noastră, trebue să percutăm în inspirațiune profundă, în expirațiune profundă și în timpul unei respirațiuni moderate.

Având în vedere că locul de elecțiune al tuberculozei este la vârful plămânului și de preferință în partea posterioară, vom percutà dar cu deosebită atențiune scobiturile supraspinoase mai mult spre extremitatea lor internă, acolo unde masa musculară e mai puțin groasă. — Nu ne vom mulțumì cu atâta și vom controlà rezultatele dobândite prin sunetul ce vom obține percutând spațiul interscapular, pe care îl lărgim punând pe bolnav să încrucișeze brațele pe piept, îndepărtând astfel la maximum una de alta marginele interne ale omoplaților și deschizând percuțiunii un larg câmp toracic neacoperit de nici o masă musculară. Vom percuta apoi, după regulele clasice, scobiturile subclaviculare.

Percuțiunea directă a claviculelor, exercitată cu ajutorul ciocanului plessimetric, sau cu degetul mediu, dă, câte odată, rezultate mai apreciabile, în special când leziunea este așezată mai mult spre partea anterioară a plămânului.

Percuțiunea triunghiului supra-clavicular Krönig (Zur Topographie der Lungenspitzen und ihrer Percussion Berl. Klin. Woch. 1899, No. 37 și *Die topographische Lungenspitzenpercussion, und ihre Bedeutung für die beginnende Tuberculose* Mediz. Woch. 1901, No. 15), a arătat și susținut importanța percuțiunei ariei supraclaviculare, pentru diagnosticarea tuberculozei incipiente a vârfului plămânului, și lucrul nu e greu de dovedit.

In starea normală dacă percutăm din năuntru în afară spațiul supraclavicular mărginit, înainte prin claviculă, îndărăt prin spina omoplatului, înăuntru prin coloana verticală pe care o face gâtul și în afară prin scheletul osos al articulației scapuloumerale, obținem o bandă de sonoritate întinsă dinainte îndărăt și marcată în figurile 1 și 2, (împrumutate din tratatul lui *Schröder* și *Blumenfeld*) print'o zonă punctată. Ori de câte ori o cauză oarecare și în special tuberculoza alterează structura țesutului pulmonar la acest nivel, densificându-l, această bandă de sonoritate va fi îngustată, fie din partea gâtului, fie din partea articulației umerale.

In combinație cu fenomenele pe cari le-am descris deja din partea *plexului brachial*, cu *semnul cubitalului* și cu *alterațiunea stării generale*, această nouă achiziție a percuțiunii, capătă o valoare netăgăduită.

Auscultațiunea.

A trebuit să treacă 27 de ani dela descrierea anatomică a ftiziei oculte făcută de *Bayle*, până ce *Andral* în niște note ale ediției din 1837 a operei lui *Laënnec*, să pomenească cel dintâiu de «ușoarele modificări, ce sufer sgomotele fiziologice ale respirațiunii la începutul tuberculozei». — E prima încercare de diagnostic clinic al fazei germinative a tuberculozei pulmonare. — *Laënnec* fascinat de clasificarea anatomică a fazelor tuberculozei, trece alături de ftizia ocultă, de care nici nu pomenește în tratatul său. După *Bayle*, *Raciborscki*, *Bourgade*, *Herard*, *Peter*, vorbesc de *respirațiunea saccadată*; *Fourner* denunță cel dintâiu *expirațiunea prelungită*, *Hirtz* atrage atențiunea asupra *respirațiunii aspre*, *Woillez* le grupează; iar *Grancher* le stu-

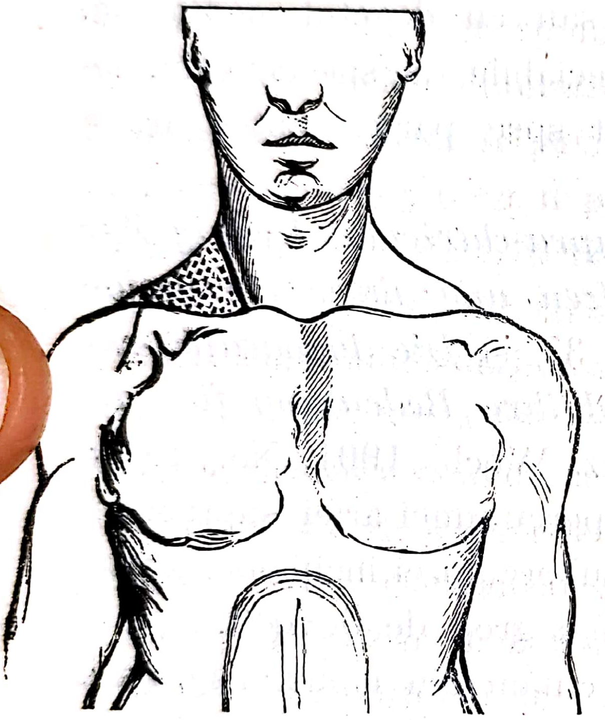


Figura 1.

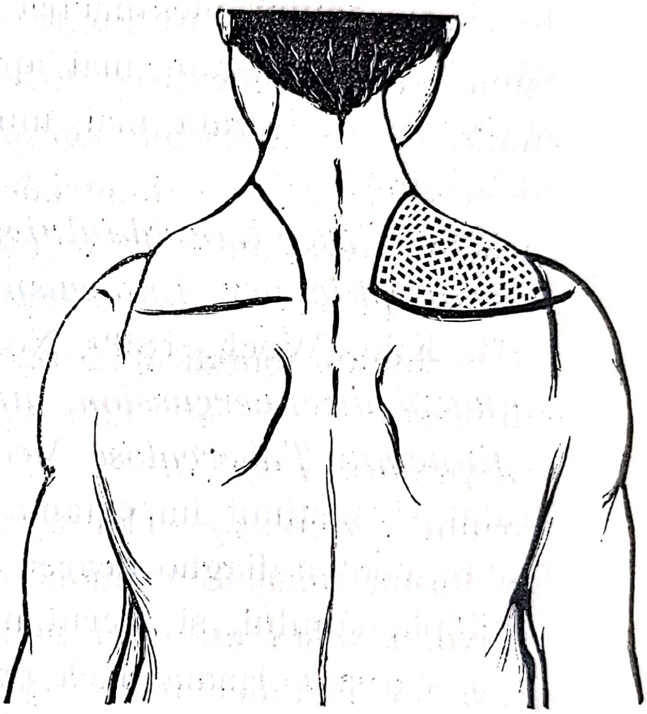


Figura 2.

diază cu deamăruntul valoarea clinică în diagnosticul tuberculozei precoce și le codifică. Ne vom adresà volumului lui intitulat *„Maladies de l'appareil respiratoire“* pentru a culege principiile de auscultațiune, cari ne vor îndrumà spre acest diagnostic și pe cari, de altfel, cu toții le aplicăm în practica medicală de atâta vreme și cu atât folos.

Despre greutatea cu care se pot aprecià nuanțele de asprime a respirației și micele modificări pe cari ea le suferă în timbru, *Grancher* zice:

«Cunoștința respirațiunilor anormale și apreciarea lor «sunt lucruri delicate și incontestabil grele, cu atât mai «mult, cu cât sunt mai puțin studiate. Dar când respira«țiunea fiziologică e bine cunoscută, nu e greu de a recu«noaște alterațiunile chiar ușoare; e afacere de lucru și «de îngrijire».

Cea dintâiu modificare suspectă în auscultațiunea plămânului este:

Asprimea respirației, sau mai bine zis asprimea murmurului vezicular. — Cauza acestei înăspriri a murmurului este formațiunea unui număr restrâns de tuberculi, așezați la nivelul vestibulului bronchiilor acinoase, cari cu toată starea lor rudimentară și discretă, deformează și strâmtează canalele respiratorii tocmai în locul unde, după *Boudet* și *Chauveau* ia naștere murmurul vezicular. — Acest semn e departe de a fi patognomonic, el însemnează numai că suprafața canaliculelor respiratorii este rugoasă și că calibrul lor e micșorat.

Localizarea acestui fenomen pe un teritoriu pulmonar restrâns, în special la vârful plămânului, și cu predilecție la cel stâng; fixitatea și rezistența la tuse, expectorații și inspirații profunde, fac dintr'însul un semn de mare valoare, pentru diagnosticul tuberculozei polmonare incipiente.

Respirațiunea saccadată. Acest semn, zice *Grancher*, pare mai puțin frecuent, mai puțin precoce și mai puțin fidel decât respirațiunea aspră. Timpul a dovedit, că această părere a lui *Grancher* erà adevărată, și acest fel de respirațiune a rămas ca un semn al tuberculozei confirmate; de aceea, în cadrul lucrării noastre, nu-i putem acordà mai mult decât o mențiune.

Prelungirea expirațiunii este unul din semnele necontestate ale tuberculozei pulmonare și foarte adese ori ale fazei incipiente. Această alterațiune a ritmului respirator, trădează o micșorare a elasticității alveolare, datorită unei infiltrări a pereților alveolari, prin urmare o leziune dejà mai înaintată. Așà dar, cunoscând că raportul între inspirație și expirație este de $^3/_1$, orice abatere dela acest raport în profitul expirației, constitue o bănuială de tuberculoză cu atât mai mare, cu cât putem grupà în jurul ei mai multe din celelalte semne probabile de auscultațiune.

Murmurul (bourdonement) respirator și inspirațiunea saccadată ritmică cu bătăile cordului, descrisă de *L. Dumont* (Médecine moderne 1900, p. 571). Egalizarea celor două timpuri respiratoare atât ca durată cât și ca timbru, face ca ele să se transforme într'un sunet aproape neîntrerupt, asemănător cu acela pe care îl obținem aplicând la ureche concavitatea unei scoici, căruia *Dumont* i-a dat denumirea de mai sus. Aparițiunea semnelor de auscultațiune, caracteristice ale indurațiunii pulmonare, coincid cu dispariția acestui sgomot respirator; el este dar, conchide autorul, un simptom precoce al tuberculozei pulmonare.

Inspirațiunea saccadată o explică autorul prin lipsa de elasticitate și puțina vigoare pe care o prezintă plămânul în timpul inspirațiunii. Această varietate patologică a inspirației se percepe de obiceiu la vârful stâng mai aproape de marginea sternală, la nivelul celui de al 2-lea și al 3-lea spațiu intercostal. *Grasset* și *Amat,* cari au reluat în studiu acest fenomen inspirator, fac dintr'însul un semn caracteristic al tuberculozei la debut.

Caracterul isbucnitor al tusei și al vocei. Acest semn de auscultațiune este bazat pe proprietatea ce au țesuturile de a transmite cu atât mai bine sunetele cu cât sunt mai dense. Or, procesul de infiltrare tuberculoasă, densificând țesutul pulmonar, vom auzì la nivelul acestui proces, atât vocea cât și tusea, resunând cu mai mare putere decât în regiunea simetrică a plămânului celuilalt.

Transmisiunea mai intensă a bătăilor cordului. Fenomenul acesta are drept temelie acelaș principiu de fizică pe care l-am expus mai sus. El se constată mai cu seamă atunci când infiltrațiunea tuberculoasă își alege drept sediu vârful plămânului stâng, fără să excludă posibilitatea petrecerei lui și la dreapta. Auscultațiunea comparată a celor două vârfuri ne permite să percepem cu ușurință diferența de transmisibilitate a sgomotelor cardiace.

Raluri permanente la baza plămânului. In anul 1900 *Burghart* (Deutsche milit. Zeitschr., 1900) a arătat că bolnavii atinși de tuberculoză incipientă a vârfului, lasă să cadă secrețiunile morbide,— pe de-o parte prin gravitate, pe de alta printr'un adevărat proces de aspirație—la baza plămânului, unde se depozitează până la expectorație. Concluzia e că: la tuberculoșii incipienți la baza plămânului atins, în zona limitată de linia axilară anterioară și linia mamară, se vor percepe raluri, câteodată cu mult mai înainte ca ele să-și fi făcut apariția la vârf. Autorul a avut prilejul să constate foarte adeseori utilitatea cercetării acestui semn în vederea diagnosticării precoce a tuberculozei pulmonare.

Mijloacele artificiale pentru provocarea semnelor stetoscopice. Printre aceste mijloace se utilizează astăzi mai cu seamă, iodurul de potasiu, injecțiile cu tuberculină și injecțiile cu ser artificial. Aceste două din urmă procedee urmărind un dublu scop, intră într'altă ordine de idei și de acea descrierea lor o rezervăm pentru mai târziu.

Proba iodurului este bazată pe proprietatea ce are iodurul de a provoca congestiuni perituberculoase, de a mări secrețiunile și a face să vorbească focare de tuberculoză, care până atunci păstrau cel mai îndărătnic mutism.

Acest procedeu născocit de *Germain Sée* și *Landouzy* a fost reluat spre verificare în Germania la 1891 de *Sticker* și la 1897 de *Vetlesen* și *Dieudonné*. Cel dintâiu a administrat 0.20 ctgrme de iod pe zi; cel de al doilea două linguri dintr'o soluțiune de 1.5%; cel de al 3-lea admnistră câte două linguri pe zi dintr'o soluțiune de 5 la 200. Toți sunt unanimi în a recunoaște că după câteva zile de administrare, în dreptul focarelor suspecte, apar raluri și în acelaș timp bolnavul începe să expectoreze; iar toate cazurile unde iodurul de potasiu nu a dat nici o reacțiune pulmonară, urmărite mai mulți ani, s'a constatat că nu erau de tuberculoză. Acest procedeu așà de benign în aparență, este combătut de *Knopf*, *Brieger* și *Neufeld*. (Deutsche med. Woch. 1900), pentru motivul că, prin provocarea acestor congestiuni, stârnește activitatea unor focare cari erau latente, sau poate chiar pe cale de vindecare.

Până a nu încheià acest capitol al ascultațiunii pulmonare trebue să amintesc că pentru ajutorul urechei technica semiologică ne pune la dispoziție oarecari instrumente și anume:

Stetoscopul simplu de lemn, stestocopul lui *Constantin Paul*, stetoscopul cu membrană vibrantă și cutie de rezonanță care poartă numele de Phonendoscopul lui *Bianchi* și stetoscopul membranos al lui *Nutzen*.

In regulă generală însă nu vom uzà de aceste instrumente decât pentru a precizà ceea ce am auzit cu urechea ne armată sau pentru a localizà mai bine un zgomot.

Tot din domeniul auscultațiunii fac parte alte două semme, cari deși se referă la sgomote petrecute în alte organe decât plămânul propriu zis, ne permit însă, printr'un raționament ascendent, să descoperim cauza primitivă, care este tuberculoza pulmonară incipientă. Mă refer la frecăturile pleurale și semnul lui *Cuffer*.

Frecăturile pleurale localizate la unul din vârfurile pulmonare, fac parte din semnele cele mai suspecte de tuberculoză pulmonară incipientă, mai cu seamă dacă urmărite în timpul menstruației sau a unei atingeri infecțioase, cum e gripa, pojarul etc., se constată că ele iau un caracter mai umed, devin mai dureroase și provoacă o tuse supărătoare.

Semnul lui Cuffer. Acest semn consistă în desdoirea timpului al II-lea al cordului cu precesiune aortică. Fenomenul acesta, zice autorul, e datorit revărsării în sânge a unei toxine tetanizante, care produce un spasm arterial, mărește presiunea sanguină în artere și face ca sigmoidele aortice să cadă înaintea celor pulmonare. Această constatare e în flagrantă contrazicere cu cunoștința dejà clasică că în tuberculoză există o ipotensiune arterială. Afară de aceasta e atâta posibilitate de eroare, din cauza multiplelor cauze cari pot desdoì timpul al II-lea, în cât e mai greu de a stabili în mod cert cauza acestei desdoiri, decât de a te servì de dânsa în scopul stabilirei unui diagnostic de tuberculoză incipientă.

Fenomene subiective.

Starea de abatere generală sau ca să întrebuințăm un termen mai modern starea de *asthenie.*— Bolnavul se obosește cu cea mai mică ușurință și îi trebue o sforțare mare pentru ca să execute aceeași muncă, pe care înainte de a cădeà bolnav o făceà, fără multă oboseală. Îi lipsește chiar gustul de lucru, trebue să-și pue în joc voința pentru ca să se hotărască să înceapă un lucru oare-care și după executarea lui cade sleit. Echilibrul termic la dânsul e foarte puțin stabil, și îndată ce munca necesită o cheltuială de energie ceva mai mare, echilibrul termic se strică şi termometrul marchează o ascensiune.

Febra. Nu ne vom ocupà aicea de febra tuberculozei confirmate, care nu face obiectivul nostru, ci de acele încercări febrile cari apar la tuberculoşi în anumite condiţiuni provocate fiind de anumite împrejurări şi pentru descoperirea cărora trebueşte multă atenţiune.

Febra pretuberculoasă (Landouzy). Până a nu începe acest capitol ţin să spun că denumirea care i s'a dat nu se găseşte în riguroasă armonie cu datele ştiinţifice. Această febră este tot ce poate fi mai tuberculoasă, pentru zămislirea ei fiind nevoe de revărsare în sânge a unei tuberculine termogene, produs al bacilului Koch.

Ea poate să îmbrace tipul continuu, luând aspectul tific sau tipul intermitent. Această din urmă formă este cea mai frecuentă; ea poate simulà accesele de febră palustră, sau e aşà de uşoară, că numai cât schiţează spre seară o uşoară abatere, durere de cap şi dispare înainte ca bolnavul şi cei cari îl înconjoară să-şi dea seamă de existenţa unei ascensiuni termice. Febra aceasta, atât de frustă, care cele de mai multe ori trebueşte căutată de medic armat cu perseverenţă şi termometru, e de o importanţă capitală chiar dacă ar fi reprezentată numai cu câteva zecimi de grad. Importanţa devine şi mai mare dacă nu i se recunoaşte nici o altă cauză aparentă şi dacă apare la subiecte tinere, cu aspect clorotic, cu turburări dispeptice şi cu bănueli ereditare sau de contagiune.

Landouzy împingând bănuelile mai departe, caută să provoace această febră la suspecţii de tuberculoză, luându-le temperatura rectală după 3—4 ore de preumblare pe jos, dimineaţa şi seara. Dacă această din urmă temperatură întrece cel puţin cu câteva zecimi temperatura luată înainte de plimbare, se crede îndreptăţit să afirme existenţa unei tuberculoze latente (Congresul dela Neapole, 1900).

Daremberg și Chuquet (Revue de méd., sept. 1899) procedează într'alt mod, dânșii iau temperatura bolnavului înaintea unei plimbări de o oră și după o jumătate oră de repaus. In cazul când se constată o ușoară scoborîre a acestei din urmă temperaturi se poate presupune existența tuberculozei.

Cu aceasta nu s'au terminat modalitățile sub cari se poate prezentà așa numita febră pretuberculoasă; în timpii din urmă *Hutinel* a descris:

Febra menstruală la tuberculoase, reluată în studiu de *Ch. Sabourin* («Rev. de médecine», No. 3, din 10 Martie 1905) pe un mare număr de tuberculoase în sanatoriul dela Durtol.

Ce înțelegem prin febră menstruală și care e valoarea ei în diagnosticul precoce al tuberculozei?

In stare normală această reacțiune fiziologică nu există, când o constatăm și nu o putem atribuì altei cauze evidente, bănueala de tuberculoză trebue să nască în mintea noastră.

Această febră nu trebue să fie mare pentru ca să capete o valoare clinică. E destul ca în mod regulat, cu puțin înainte de aparițiunea menstruației, termometrul să se ridice cu câteva zecimi, pentru ca să o putem considerà drept o febră-avertisment. In general în momentul aparițiunii primelor picături de sânge menstrual, febra cade. Altă dată ea face o adevărată curbă de ascensiune și de descindere, putând să înceapă cu 2, 3 zile înaintea aparițiunii menstruațiilor, să se ridice treptat până la 38° sau 39° și apoi să se scoboare după aceeași regulă în decurs de alte 2, 3 zile.

Sabourin a mai observat următorul fapt foarte curios și important: la unele bolnave au loc una sau câteva ascensiuni termice menstruale, după care însă menstruațiunile dispar; cu toate acestea, la fiecare epocă când menstruațiunea ar fi trebuit să vie, se produce o ridicare a termometrului, care ţine pe bolnavă în curent cu calendarul ei menstrual. Altădată din momentul apariţiunii primei febre menstruale isbucnesc fenomenele pulmonare, cari iau un mers acut, febril, fără să mai discontinue.

Ce este această febră menstruală şi cum se poate explicà?

După toată probabilitatea ca este rezultatul sforţărei pe care o face organismul, cu un moment înainte de a se produce ruptura vasculară, care dă scurgere sângelui menstrual. Este, cu alte cuvinte, un traumatism intern, şi noi ştim rolul funest pe care îl joacă traumatismele faţă de organismele tuberculoase. Ca urmare al acestui traumatism se produce o congestiune în jurul focarelor latente de tuberculoză, o exaltare în virulenţa microbilor cu o rezorbţie mai mare a produselor termogene, de unde febra.

Temperatura locală.—Constantin Paul, care a inventat şi un termometru pentru luarea temperaturii locale, a arătat că ţinând tot atâta timp două termometre, unul pe regiunea bolnavă şi celalalt pe regiunea sănătoasă opusă, constatăm la termometrul de pe regiunea bolnavă o urcare de câteva zecimi de grad. Acest mijloc ar puteà servi pentru controlul bănuelilor de tuberculoză pulmonară incipientă.

Semnul lui Murat, care nu este altceva decât un semn de auto-auscultaţiune, consistă într'o resonanţă subiectivă a vocei în plămânul bolnav. Acest fenomen subiectiv de multe ori îl nemulţumeşte întru atâta pe bolnav, că-l face să-şi imobilizeze braţul corespunzător, pentru ca prin contracţiunea musculară să atenueze acest sgomot. Din cât am putut să'l verific în spital şi în modesta mea practică, am constatat că acest fenomen există. În doi ani de când atenţiunea mi-a fost atrasă, l-am întâlnit de trei ori, dar în toate trei cazurile era vorba de o tuberculoză suficient de înaintată, pentru ca să se poată diagnosticà prin celelalte semne de o mai mare certitudine. L'am enunţat ca să fac opera de cronicar cât mai complectă și pentru ca să îndemn la o verificare pe o scară mai mare.

Tusea. Elementul tuse în diagnosticul precoce al tuberculozei pulmonare, joacă un rol cu totul șters, pentru că în general apariţiunea tusei e în legătură cu conglomerarea sau chiar ramolirea tuberculelor, sau cu ivirea unor complicații ca pleuresie, adenopatie tracheo-bronchică și atuncea ia caracterul propriu acestor entități morbide.

Cu toate acestea, la limita fazei oculte și a fazei declarate a tuberculozei pulmonare, se ivește câte odată puțină tuse uscată, fără accese. Această tuse trebue să nu fie confundată cu tusea faringiană, cu care se aseamănă foarte mult și care sperie adeseori pe bolnavi și îi aduce în cabinetul medicului ca să-l constate «dacă n'are un început de oftică, pentru că tușește uscat».

Fenomenele dispeptice. Tuberculoșii sunt compatibili de dispepsie prin două mecanisme: 1) prin faptul că înghițind sputele irită mucoasa stomacală, și al $2^{\text{-lea}}$) prin rezorbția toxinei tuberculoase, care produce o stare de ipostenie gastrică. Această din urmă a fost denumită de *Bourdon:*

Dispepsia pretuberculoasă. — Acestei confuziuni de cauze se datorește faptul că unii au descris la tuberculoșii incipienți stări de iperstenie gastrică; iar alții din contra ipostenie cu lene musculară, anorexie, constipație, etc. și în fine cei eclectici au stabilit că dispepsiile pretuberculoase încep cu iperclorhidrie, trec prin ipoclorhidrie ca să se termine prin anaclorhidrie. Nu trebue să ne surprindă dacă cu toții au dreptate; vom distinge însă că ipersteniciі sunt aceia cari își înghit sputele și își provoacă o stare de iritație a mucoasei gastrice; iar adevărații dispeptici pretuberculoși, aceia cari recunosc la origina dispepsii lor o intoxicație generală, printr'o tuberculină ipostenisantă. Cu toții însă ori dela ce formulă chimică a sucului gastric ar plecă, ajung la anaclorhidrie prin mersul cachectizant al boalei, dând astfel dreptate şi părerii emise de eclectici. Anorexia pretuberculoasă este cele mai adeseori de o mare tenacitate şi nu cedează uşor terapeuticei. Ea se întovărăşeşte câte odată de gastralgii uşoare, survenind cu oarecare neregularitate în raport cu prânzurile.

Micile accidente ale tuberculozei. Edhem, profesor de policlinică medicală la facultatea din Constantinopol (*Arch. gén. de méd.* No. 15 din 1905), nemulţumit de ceea-ce oferià cliniceşte perioada de germinaţiune pe care a descris'o *Grancher* în evoluţia tuberculozei, se încearcă să întrupeze o perioadă anterioară acesteia, pe care o numeşte *pretuberculoasă* sau perioada *prebacilară,* caracterizată printr'un grup de mici simptome analoage cu ceea ce s'au descris în boala lui Bright şi conchide că: «Această grupare a «micilor accidente ale pretuberculozei nu trebue să lase «nici o îndoială în spirit. Printre acestea sunt trei cari prin «împreunarea lor formează o triadă simptomatică care nu «înşeală aproape nici odată pe clinician. — Această triadă «e compusă din: *anemie, gastralgie* şi *cefalalgie,* dublate «de astenia cardio-vasculară, pe cari ori de câte ori le în«tâlnim putem afirma pretuberculoza; iar dacă urina mai «arată schimburile nutritive crescute în toate sensurile, diag«nosticul va fi şi mai sigur». Tot printre simptomele pretuberculozei, acelaş autor mai descrie:

Răceala extremităţilor, cordul mic şi degerăturile zise ale scrofuloşilor, fenomene cari rezultă din lâncezirea circulaţiei, consecinţă a asteniei cardio-vasculare, de care dejà ne-am ocupat.

Turburări funcţionale.

Hemoptisia. — De multe ori scuipările de sânge sunt primele fenomene cari atrag atenţiunea bolnavului asupra stării lui pulmonare şi adese ori ei se prezintă medicului surprinşi că din senin s'au pomenit cu o vărsare sau o scuipare de sânge. Deși s'au descris hemoptisii artritice *(Huchard)*, hemoptisii de compensație, cum sunt fluxurile suplimentare menstruale, hemoptisii isterice, până și hemoptisii de creștere, totuși, o hemoptisie e tot-deauna suspectă. Câte din aceste hemoptisii astfel etichetate urmărite mai multă vreme, nu s'au văzut transformându-se în hemoptisii tuberculoase?

Afară de cazurile rare când banalitatea hemoptisiei e prea evidentă, formularea unei etiologii banale și indepărtarea prematură a bacilului din cauză, numai în scopul de a ridicà moralul bolnavului, nu este în folosul lui; în majoritatea cazurilor, acest serviciu efemer e foarte scump plătit mai târziu, prin pierderea timpului celui mai prețios, pentru o terapeutică rațională și folositoare, timp care nu se mai întoarce. Confirmarea gravității simptomului, câtevà cuvinte consolatoare căptușite de afirmarea vindecării posibile și chiar foarte probabile, — dacă tratamentul și recomandațiile medicale se execută riguros, — trebue să reprezinte pentru noi linia de conduită generală; iar pentru bolnavi în general și în special pentru cei mai culți și cu o dare de mână relativă, cel mai mare bine ce le putem face.

Înaintea de a terminà acest capitol, țin să insist cevà mai mult asupra așà numitelor hemoptisii complimentare. —Cu o ușurință extraordinară, cea mai mare parte din medici când se găsesc în fața unei bolnave, care prezintă hemoptisii, coincidând cu epocele menstruale, sau înlocuind o epocă suprimată, fără nici o ezitare le afirmă ca hemoptisii sau flux complimentar, negând existența tuberculozei, atunci când semnele nu sunt evidente, și ne luând prin urmare nici o măsură terapeutică sau profilactică.

Din nenorocire cele mai multe din aceste hemoptisii sunt funcțiune de tuberculoză și momentul catamenial nu este decât prilejul favorabil, ca focarele latente să se congestioneze și să sângereze. — *Mircoli* a arătat că coeficientul de coagulare la tuberculoşi e micşorat şi că toate sângerările iniţiale sunt datorite acestei cauze cu totul independente de orice leziune ulcerativă a plămânului. Deosebirea acestor cazuri de hemoptisiile pur complimentare se poate face cu oarecare preciziune cu ajutorul termometrului, care ne va arătà că la tuberculoşi în momentul hemoptisiei există totdeauna o ridicare termică de cel puţin câtevà zecimi de grad.

Dismenorea şi *amenorea* sunt semne cari se întâlnesc foarte adeseori în tuberculoza iniţială, şi am puteà spune că sunt chiar dintre cele mai preţioase. Ele se găsesc în strânsă legătură cu starea de anemie şi de multe ori constitue pentru bolnav fenomenul cel mai îngrijitor, care determină chiar pe cei mai negligenţi de persoana lor să se grăbească să consulte un medic. Pentru un medic cu oarecare practică, şi cunoscător în ale medicinei, acest semn deşteaptă bănuiala existenţei unei tuberculoze pulmonare ignorată de bolnavă.

Turburările urinare se rezumă în următoarele modificări cu privire la cantitatea şi calitatea urinei eliminate:

In faza iniţială există o poliurie întovărăşită şi motivată de o fosfaturie abundentă. Fosfaţii eliminaţi sunt în general pământoşi, proveniţi dintr'o demineralizare a plămânilor dacă nu şi a celorlalte viscere *(Teissier* şi *Loir). Marcet* şi *Daremberg* au arătat prezenţa acidului fosforic în mare cantitate în sputele tuberculoşilor. Clorurul de calciu sufere şi el o eliminare exagerată. Această sare având proprietăţi fibrinogene, şi prin urmare hemostatice, prin eliminarea ei, coeficientul de coagulare al sângelui scade şi aşa se explică în parte tendinţa tuberculoşilor la hemoptisii.

In a doua perioadă a boalei cantitatea urinei devine normală.

In a treia, cantitatea urinei scade din cauza transpiraţiilor, a vărsăturilor, diareei şi inaniţiei care caracterisează faza cachectică a boalei.

Dela începutul tuberculozei se observă o creștere notabilă a raporturilor urologice, ceeace denotă o adevărată autofagie, înainte chiar de apariția febrei.

Albuminuria pretuberculoasă descrisă și susținută de *Teissier* în congresul de medicină internă ce a avut loc la Lyon în 1898 și pentru care *Talamon* propune denumirea de *prodromică*. Această albuminurie studiată peste doi ani de *Bory (Thèse Lyon,* 1896), trebue bine distinsă de albuminuria tuberculozei afirmate, adică acea care rezultă din eliminarea bacilului Koch prin rinichi, din o alterațiune tuberculoasă a acestor organe sau în fine din cauza unei degenerescențe amiloide.

Albuminuria prodromică a tuberculozei e o manifestație care se întâlnește mai cu seamă la subiectele tinere, cu moștenire tuberculoasă, în proporție cam de 50% după statistica lui *Talamon.* Eliminarea albuminei e intermitentă de obicei cu tip matinal. Câte odată dispare o zi, două, pentru a reapare din nou fără vre-o cauză aparentă. Interpretarea cea mai probabilă o dă *Talamon,* care crede că albuminuria e motivată pe de oparte de acțiunea vasodilatoare a virusului tuberculos asupra vaselor rinichilor, pe de alta de acțiunea vaso-depresivă generală, pe care acest virus o exercită asupra întregului aparat circulator. Experiențele lui *Lécorché, Heidenhain, Charcot,* și alții au dovedit că scăderea presiunii arteriale produce albuminurii.

Rezumând caracterele acestei albuminurii, constatăm că ea e neregulată, intermitentă, nu trece de 0,20 — 0,80 în 24 ore, nu produce edeme, nu are răsunet asupra cordului, nu există eliminare de bacili, toxicitatea urinară e crescută.

Leziunile secundare.

Se întâmplă câte odată că leziunea primitivă a tuberculozei, leziunea pulmonară, e așà de ștearsă ca manifestații în cât trece pe un plan cu totul secundar și de multe ori nici nu se ştie, de existenţa ei; în schimb însă manifestaţiile secundare se înconjoară de un cortegiu simptomatic sgomotos care le face să treacă pe primul plan. Conclusie: Vom puteà diagnostica câte odată tuberculoza pulmonară latentă în urma apariţiei următoarelor manifestaţii:

Pleuresia seroasă. Ar fi de prisos să intru în discuţiunele cari au ajuns să stabilească că, cea mai mare parte din pleuresii sunt funcţiune de tuberculoză fie primitivă, fie secundară tuberculozei pulmonare oculte. Aici ar trebuì însă să atingem o altă chestiune: dovedirea citologică şi bacteriologică a naturei lichidului, pe care ne rezervăm să o facem când ne vom ocupà de semnele cari ni le pun la dispoziţie cercetările de laborator.

Flebita precoce, descrisă pentru întâia dată de *Brun* la 1884 şi reluată apoi în studiu de *Dumont* (1900) în teza sa inaugurală, sub denumirea de *flebită precoce a perioadei tăcute a tuberculozei*, se întâlneşte câte odată ca manifestaţie unică a tuberculozei. *Lesné* şi *Ravaut* au făcut cercetări experimentale şi n'au găsit nici bacilul lui Koch, nici celule gigante la nivelul zonelor inflamate. Topind însă coagulul în apă distilată şi sterilizată şi injectându-l la cobai au produs leziuni tuberculoase locale şi generale, şi au reprodus acelaş tip de flebită fără tubercule şi celule gigante.

Deşì autorii conchid la o leziune produsă prin pătrunderea bacilului în peretele venos, această teorie e mai puţin probabilă, având în vedere raritatea bacililor în sânge la această epocă a boalei.

E mai probabil—după cum susţin *Jourdain* şi *Fischer*— că leziunea e provocată de virusul tuberculos, care alterează endoteliul vasa-vasorum, le obliterează şi produce astfel o peri-flebită, a cărei prezenţă e aproape constantă în flebita tuberculoasă precoce. — Această părere e bine sprijinită, atât pe constatările anatomo-patologice cât şi pe mersul clinic al flebitei, care e de durată scurtă (3 săptămâni), fără tendință la obliterație complectă, și de caracter benign.

Adenopatia tracheo bronchică.—Ganglionii tracheo-bronchici, se prind cu ușurință mai cu seamă la copii, ca urmare a unei infecțiuni tuberculoase primitive a plămânului; rămasă însă clinicește în stare latentă. Acest nou sediu al leziunii, pune în joc noi rapoarte anatomice mai sensibile decât în leziunea primitivă, printre cari putem cità: compresiunea pneumogastricului, compresiunea bronchiilor, compresiuni vasculare. De aici simptomele cari decurg: tachicardie, dispnee, cianoză etc. și pe cari ne dispensăm de a le descrie în amănunțime pentru a nu alunecà pe un povârniș ce nu ne aparține. Este însă un semn care a fost dat ca semn precoce al adenopatiei tracheo-bronchice de *Eustache Smith* încă din anul 1875 *(The Lancet)* și reluat în timpii din urmă de *Audy* în teza sa înaugurală (Paris 1900) și care consistă în următoarele:

«Dacă se dă capul copilului pe spate, astfel ca fața să
«vie aproape orizontală și ochii să privească în tavan, se
«aude, cu ajutorul stetoscopului, așezat pe prima piesă a
«sternului, un murmur venos, variând ca intensitate după
«volumul și pozițiunea ganglionilor bolnavi. Scoborând băr-
«bia în jos murmurul devine mult mai perceptibil și înce-
«tează cu puțin înainte ca capul să atingă pozițiunea sa
«normală.»

Acest semn, — zic *Jourdain* și *Fischer* — pe care *Audy* îl compară cu sgomotul de morișcă al clorozei, se poate reproduce foarte ușor și după voință, cu condițiune ca ganglionii să fie mobili; el însă se poate înlocuì cu succes prin examenul radioscopic.

Sciatica nevrită ca semn de avant-gardă a tuberculozei, descrisă de *Hobs,* și făcând parte din inventarul localizărilor nervoase ale virusului tuberculos, este caracterizată printr'un debut insidios, localizare simetrică, durată lungă, tenacitate, — rezistând tutulor tratamentelor medicale ale sciaticei — și turburări trofice, manifestate mai cu seamă prin atrofii musculare.

Strictura mitrală de origină congenitală a fost descrisă de *Teissier*, ca o modalitate a infecțiunii tuberculoase ereditare. Cu totul recent, *Edhen*, bazat pe 3 observații consemnate în teza inaugurală a lui *Crémadelle* din Lyon, opinează că în majoritatea cazurilor strictura mitrală trebue să fie socotită printre micele accidente ale tuberculozei, de oarece acest din urmă autor, urmărind mai multe cazuri de strictură mitrală, a constatat că 3 din ele au terminat prin tuberculoză pulmonară. Nimeni n'a spus vreodată, după cât știu, că cei atinși de strictură mitrală sunt imunizați în contra tuberculozei; dar de aici și până a face din această boală un simptom precoce al tuberculozei mi se pare că însemnează a întinde coarda mai mult decât poate să suporte. Să amintim numai atât, că de multe ori manifestațiile pulmonare, întovărășite de hemoptizii, ale stricturei mitrale, se confundă clinicește cu tuberculoza pulmonară.

Pseudo-reumatismul tuberculos, descris de *Bouchard*, reluat în studiu mai de curând de *Poncet* din Lyon, intră în aceeași categorie ca toate manifestațiile exterioare, ale virusului tuberculos, provenit dintr'o leziune pulmonară disimulată. Versul lui *Victor Hugo*:

> „On devine la toile en voyant l'araignée“

caracterizează foarte bine aceste manifestații morbide secundare, cari prin prezența lor ne atrag atențiunea asupra leziunei primitive, disimulată.

Din cauza conflictului ivit între volumul lucrării și dimensiunile în cari suntem nevoiți să aparem, am separat publicațiunea în două, încheiând aicea *partea clinică* și rămânând ca partea *microscopică și experimentală*, să apară în numărul viitor; deși în vederile noastre intră să prezintăm cititorilor, pe cât posibil, articole fără urmare.

Inainte însă de a face bilanțul tutulor acestor semne clinice, ce credem a fi enumărat în mod conștiincios, să aruncăm asupra lor o privire retrospectivă și să vedem pe cari din ele putem pune mai mult temei, când e vorba să stabilim în mod definitiv un diagnostic precoce de tuberculoză pulmonară.

Trebue să o mărturisim că în starea actuală a științei, un diagnostic de asemenea natură, nu ne este permis să-l facem fără conlucrarea cercetărilor microscopice și experimentale. Clinicianul pur joacă rolul geologului, care cercetează terenurile și își fixează, pe bază de probabilitate, bănuelile asupra existenții unor straturi petrolifere; însă pe indicațiunile date de geolog trebue să lucreze inginerul de mine, în cazul nostru micrograful, care prin săpături și cercetări de resortul său, să dovedească ceea ce până la dânsul n'a fost de cât bănuială. Iată pentru ce astăzi nu se mai concepe existența unui clinician, care să facă operă cu adevărat utilă, dacă nu e căptușit de un micrograf.

Revenind la valoarea semnelor, conchidem că: fără a contestà importanța relativă a nici unuia dintre ele suntem nevoiți să recunoaștem mai cu seamă prețiozitatea celor patru următoare: 1) Datele anamnetice; 2) Starea generală; 3) Febra, și 4) Hemoptisia.

Rareori însă se întâlnesc, întrunite toate aceste patru semne pe un bolnav, în faza incipientă a tuberculozei pulmonare, altfel n'ar existà dificultate de diagnostic; atunci, lipsa unora din aceste semne se înlocuește prin prezența semnelor de mai mică importanță, pe cari le-am expus în decursul lucrării, şi printr'această conlucrare, aceste semne de mică importanţă când sunt izolate, îşi câştigă valoarea diagnostică şi legitimează scrupulozitatea cu care am căutat să le enumerăm.

(Va urma).

Dr. S. Irimescu

PROFILAXIA PALUDISMULUI

Investigaţiunile cu metodele noi de cercetări ştiinţifice contribue zilnic la lămurirea cestiunilor de epidemiologie.

Etiologia boalelor, bine explorată, devine baza unei profilaxii mai serioase. Dacă în câmpul larg de cercetări sunt rezultate cu interes pur ştiinţific, sunt însă altele cari depăşesc limitele laboratorului şi pot aveà o aplicare practică imediată. Cunoaşterea mai ales a acestora din urmă prezintă destul interes, ca să merite să fie rezumată sub forma de reviste generale.

Am socotit, că o punere la punct a profilaxiei paludismului, aşà cum realizarea ei reese din ultimele experienţe, e utilă din toate punctele de vedere.

Experimentând singur, în vara anului trecut, diferitele metode de combatere a malariei, într'o localitate foarte impaludată, mi-am putut da seama, de dificultăţile problemului. A fost pentru mine o ocazie de educaţie, nu numai ştiinţifică şi medicală, dar înainte de toate, de educaţie practică higienică, din care am putut trage oarecari învăţăminte, pe cari aşi voì să le rezum aici.

Principiul oricărei profilaxii, este prevenirea boalei. Atâta timp însă, cât cauzele boalelor au fost învăluite în negura metafizică a teoriilor preconcepute, profilaxia a fost haotică, dibuindu-şi calea şi rătăcind de cele mai multe ori, în practice de un empirism vulgar. Numai atunci când cunoştinţele s'au precizat, profilaxia s'a putut aproape reglementà şi astăzi pentru unele, cel puţin, din maladiile infecţioase, avem dejà măsuri sanitare, cari bine aplicate, ar oprì contagiunea pe loc. Dificultăţile aplicării sunt însă multe. Profilaxia boalelor, ca să se exercite pe deplin, cere un concurs de factori foarte diferiţi, cari nu conlucrează totdeauna, în mod armonic. Este rolul unei cooperări inteligente, pe care o solidaritate omenească bine înţeleasă o va realizà, pentru ca pe rând şi treptat, în limita aplicărilor făcute, epidemiile să dispară una câte una.

Paludismul nu poate reclamà pentru el, o cunoaştere absolut complectă, a tuturor factorilor, cari intervin în etiologia sa. Sunt numai 7 ani (1898) de când, lucrările epocale ale lui *Ronald Ross*, confirmate şi complectate de numeroşi cercetători, au schimbat cu totul, concepţiunea veche a cauzelor sale. Miasmele, efluviile, «mala-aria» (aerul cel rău), toate cauzele până atunci invocate, de o imprecizie extremă, s'au concretizat în înţepătura ţânţarului anofeles.

Cauza malariei nu e poate univocă. Toate cercetările făcute arată, însă, importanţa mare a factorului acesta etiologic, a înţepăturii ţânţarului anofeles.

Americanii au cucerit de două ori Cuba; mai întâiu de la Spanioli şi, victorie şi mai hotărîtoare, au învins febra galbenă. După cum anofelul intervine în paludism, un alt ţânţar, stegomya fasciata, intervine în febra galbenă. Campania s'a făcut pe o scară întinsă. Numai în oraşul Havana, 20.200 case au fost controlate, din punct de vedere sanitar. Perchiziţii minuţioase s'au făcut ca să se descopere, tot ce ar puteà servì de adăpost ţânţarului. Febra galbenă, care da în 1896—97, 1.385 cazuri mortale, dela 1901 n'a mai provocat nici un singur deces.

Ceea ce Americanii au făcut în Cuba, s'ar puteà repetà pretutindeni cu acelaşi succes — în cazurile în cari factorii cauzali sunt cunoscuţi — cu condiţiunea numai, ca mijloacele de combatere a epidemiilor, să fie suficiente.

Inainte de a arătà aceste mijloace de combatere şi de a intrà în expunerea profilaxiei paludismului, ca cestiune prealabilă, un punct trebue precizat.

Febra galbenă în Cuba, paludismul în coloniile franceze (Algeria, Madagascar), engleze, germane, olandeze, etc., sunt afecţiuni grave, cari justifică măsuri, ori cât de întinse, în combaterea lor.

Avem noi cazuri de paludism numeroase şi grave, aşà în cât măsuri energice să se impună contra lor?

Dejà scriitorii vechi arată frecuenţa mare a paludismului în ţară. Ovidiu exilat la Tomi, se plânge de terenul băltos care îi dă «fiori cu delir». Pesimismul elegiac din *Tristia* s'ar explicà astfel nu numai prin nostalgia poetului elegant care a scris *Ars Amatoria*, aruncat printre barbari, dar şi prin frigurile provocate de mlaştinele în care trăià. In textele Mâhăcene, în textele Bogomilice (secolul XVI) sunt rugăciuni speciale pentru friguri (*Hasdeu*, Cuvente den betrâni; *Felix*, Istoria igienei).

Intre autorii străini cari au studiat ţara pe la sfârşitul secolului XVIII, doctorul *Andr. Wolf* expune diferitele forme ale paludismului pe care le-a putut observà. Medicul «şef», în armata rusă, care a ocupat România în 1828, doctorul *Christ. Witt*, arată, că sunt unele forme de paludism aşà de grave, în cât au fost confundate cu ciuma. *Lévy* şi *Fauvel* descriu accesele pernicioase observate de ei în Dobrogea, în timpul răsboiului Crimeei (*Felix*, loc. cit., *Obedenaru*).

In ultimii ani toate publicaţiile sanitare (rapoartele generale ale profesorului Felix, rapoartele anuale ale medidicilor de județ, etc.) semnalează frecuența mare a paludismului și câte odată gravitatea cazurilor observate.

Obedenaru în broșura sa de vulgarizare asupra frigurilor *«potrivită pentru înțelegerea poporului român»*, în monografia sa mai completă: *Cercetări asupra intoxicației palustre* (1873), în articolele din dicționarul Dechambre *(Roumains* și *Danubienne,* într'un articol din *Gazette hebdomadaire de médecine* 1877), arată, cu o documentație clinică foarte bogată, frecuența și gravitatea paludismului.

In statistica pe care o dă asupra cazurilor observate la spitalul de copii în anii 1869—1872 găsim că din 4.969 cazuri tratate în acești ani, 2.178 aparțin paludismului, aproape 50%. Cu toată exagerarea, care reese din analiza cazurilor — mai ales pentru complicațiile paludismului, unde toată patologia aproape, e trecută în revistă, țifra cazurilor de accese simple (peste 1.000) putându-se menține integral — apare totuși evidentă, frecuența mare a paludismului în anii, când a observat el. — Printre cazurile tratate în spital, semnalează 6 de pernicioasă, dintre cari 2 mortale.

In afară de spital, în 1871, a putut observà, în București, 8 cazuri de pernicioasă mortală și într'acelaș an un mare număr de cazuri s'au constatat la Brăila.

Numărul consultațiunilor, date pentru paludism în spitalul de copii s'a urcat în 1872 la 3.950.

In 1883, din raportul domnului *Caloianu Bolintineanu,* din 1.123 bolnavi tratați la spitalul de copii, 239 deci 20,3% au fost de paludism. În spitalele din Iași între 1879—1883 numărul paludicilor tratați a variat între 21-31% din totalul bolnavilor primiți. Dintre militarii căutați în infirmerii în 1885 18% (3.409) au fost tratați pentru paludism. *(Zussmann,* teză Iași 1887.)

Foulquier în teza sa, susținută în 1892 dă o serie de observaţii de cazuri de paludism tratate, în serviciul profesorului *Stoicescu,* la spitalul Colţea. — In 1889 ţifra cazurilor ajunge în Iulie la 40, în 1890 la 23 şi în 1891, în Iulie şi August la 80, în fiecare din aceste 2 luni. In acelaşi an (1891) au intrat la spital 4 cazuri de febră pernicioasă (3 cazuri forma comatoasă, 1 caz forma algidă). *D. Gheorghiu* într'o lucrare făcută sub direcţia profesorului *Babeş* («Analele Institutului Bacteriologic», 1893) în câteva luni a putut studià un mare număr de cazuri în spitalele din Bucureşti. El dă 55 observaţiuni, însoţite de un examen amănunţit, al paraziţilor din sânge. *P. Petroianu* (Teză, Bucureşti 1899) arată ţifra mare a paludicilor din judeţul Vlaşca dela 1894—1898. Numărul lor a variat pe fiecare an între 2.103—4.422. El semnalează şi 3 cazuri de pernicioasă, dintre care 2 mortale în Comana (1898). *S. Baroncea* (Teză, Bucureşti) 1899 dă o serie de observaţii de complicaţii nervoase grave în paludism, studiate în serviciul profesorului *Buicliu.* Doctorul *Spineanu* cu ocaziunea unui studiu asupra acţiunei thermodinei în paludism, arată numărul mare al impaludaţilor la pulberăria dela Dudeşti. Din 85 recruţi pe anii 1898, 99 şi 900, 65 s'au impaludat ceea ce face 80%.

Dacă urmărim în statistice numărul paludicilor din Bucureşti vedem că el a scăzut mult în anii din urmă în urma regulării cursului Dâmboviţei.

Apa e curgătoare, nu mai stagnează. Focarele de ţânţari sunt ca şi dispărute şi numărul paludicilor diminuează din ce în ce.

In raportul său pe anul 1887, asupra stărei sanitare a oraşului Bucureşti, decedatul profesor *Felix,* arată că pe când în 1872—73, mureau anual câte 240—250 persoane, de diferitele forme ale paludismului în Bucureşti, în 1886, au decedat de această boală, 47, în 1887 numai 25. In raportul său pe 1890, dă la numărul morților de paludism în București 55.

Fără a continua enumerarea aceasta, care ar deveni fastidioasă, vom semnalà totuși, ultima statistică, a Eforiei spitalelor civile pentru a arătà, că și actualmente numărul paludicilor, chiar în București, este destul de mare. Așà, se vede, din această statistică că în 1902 s'au tratat în spitalele Eforiei, 479 cazuri de paludism, dintre cari 9 mortale. In 1903, numărul paludicilor tratați a fost de 364, dintre cari 2 au murit. In ceea ce privește, numărul consultațiilor, s'au dat în 1903, în spitalele Eforiei, 6.122 consultațiuni de paludism. Evident că în numărul acesta, intră și consultațiile date la bolnavii din împrejurimi și din județ. In ori ce caz, țifra rămâne destul de mare.

Dacă consultăm statisticele paludismului, pentru țara întreagă, vedem că numărul paludicilor departe, de a descrește, să menține și e chiar în urcare. Nu s'a făcut nimic pentru asanarea terenurilor palustre și mijloacele de tratament ale paludismului au fost absolut insuficiente, așà, în cât numărul cazurilor, n'a avut cum să diminueze.

In raportul său pe anii 1896 și 97, profesorul *Felix* dă țifrele următoare pentru paludism în anii dintre 1892—1897:

Numărul consultațiunilor pentru paludism a fost de:

In 1892	196.514
» 1893	190.241
» 1894	181.933
» 1895	149.065
» 1896	149.282
» 1897	250.390

In numărul acesta, intră consultațiile gratuite din spitale, cele date de medicii de județe și de plăși și cele date de medicii de orașe.

Numărul deceselor înregistrate, ca decese malarice a fost:

In 1893	683
» 1894	435
» 1895	366
» 1896	522
» 1897	673

Pentru anul 1903, din statistica pe care d-nul director al serviciului sanitar, profesorul *Obregia* și d-nul doctor *Kaminski*, șeful biuroului de statistică, au avut bună-voință să mi-o pună la dispozițiune, se vede că s'au dat de medicii de județe și de plăși 55.702, de primari și notari 359.695 și de medicii de orașe 34.952, consultațiuni pentru malarie. Statistica aceasta este imcomplectă — consultațiile date în spitalele eforiei din București (6.122) nu sunt trecute. Lipsește de asemenea numărul consultațiilor date în càteva județe și orașe. Oricât am reduce din această țifră, socotind că aceeași persoană se prezintă la consultație de mai multe ori și că diagnosticul notarilor și primarilor nu-l putem admite decât cu mare rezervă, rămâne totuși un număr enorm de paludici, pentru 1903.

Din rapoartele medicilor de județe, pe cari le-am putut consultà la direcția serviciului sanitar — se vede, de asemenea, frecuența mare a paludismului pe ultimul an 1903. Nu pentru toate județele sunt date țifre, în ceea ce privește numărul paludicilor. Mă voiu mulțumì să relevez câteva din ele, pentru județele cele mai impaludate,

În primul rând ca foarte atins, apare județul Romanați. Din rapoartele așa de conștiincioase ale doctorului D. Ionescu, medicul județului, care studiază fiecare din comunele impaludate în ultimii 4 ani, cu o descriere amănunțită a bălților, eleștaelor și mlaștinelor, din jurul lor, se vede că paludismul e extrem de frequent în acest județ. Doctorul D. Ionescu își propune, de altminteri să publice un studiu asupra paludismului din Romanați, care nu va puteà fi decât foarte util, pentru toţi cei cari se ocupă de paludism în România. Într'un articol din revista *Igiena şi medicina practică* (Aprilie 1905), medicul primar de Romanaţi, semnalează frecuenţa mare a megalospleniilor — pe cari le-a putut constatà în autopsiile făcute în calitatea sa de medic şef al judeţului—şi le pune în legătură cu paludismul aşà de respândit în judeţul său. În două autopsii de morţi subite a găsit rupturi ale splinei, probabil în urma tot a paludismului. Numărul consultaţiunilor date pentru malarie de medicul de judeţ şi de cei de plăşi a fost în 1903 de 11.057. În numărul acesta nu intră consultaţiunile date pentru paludism în oraşul Caracal, capitala judeţului. În 1902, numărul paludicilor fusese şi mai mare (15.645).

Trecând la alte judeţe, vedem că s'au dat pentru paludism, în 1903 următorul număr de consultaţii: Ilfov 8.535, Ialomiţa 5.389, Botoşani 3.537, Buzeu 3.164 (în 1897 9.527), Constanţa 2.9233, Teleorman 2.282 (în 1902 4.424), Vlaşca 1.309, Suceava 1.297, Roman 1.067, Tulcea 902, (1.554 în 1902, 4.039 în 1903) etc.

Tulcea nu mai are cazurile grave dinainte. Fostul medic al judeţului, doctorul Popescu, reaminteşte în raportul său că acum 35 ani după spusa marinarilor bătrâni, intrarea unui vas prin gura Sulina şi traversarea litoralului Dobrogei erà considerată ca foarte periculoasă, ceea ce făceà că marinarii, cari treceau prin această localitate aveau salariul mărit. Astăzi paludismul a diminuat mult şi navigaţia numai e considerată ca periculoasă. Aceasta din cauză că înainte un vas cu pânze făceà până la Galaţi sau Brăila 20—30 zile, pe când astăzi, îi ajunge 8—12 ore, în urma adâncirii braţului Sulina, de comisia Dunăreană. — Navigaţia aceasta aşà de lentă, cu pauze numeroase, expuneà mult mai mult echipajul la paludism, decât astăzi. — Paludismul e totuşi destul de răspândit în Tulcea. Doctorul

Popescu citează cazul unei companii de geniu, venită la Sulina din Focşani în 1895, pentru asanarea oraşului şi care a suferit aşà de mult de paludism, încât în cele din urmă a trebuit să plece.

Răspândirea malariei aşa cum reese din ţifrele citate mai sus, corespunde aproape în totul cu distribuţia paludismului pe harta, dresată de doctorul *I. Ştefănescu* în monografia sa «Priviri asupra malariei în România» (Bucureşti, 1898).

Din toate datele statistice mai sus arătate, rezultă în mod evident, că paludismul e foarte frecuent în România. Nu suntem departe cu cei 250—300.000 malarici pe cari îi avem anual la o populaţie de 6 milioane, de Italia, care are în mijlociu 2.000.000 malarici la o populaţie de 32 milioane. Diferim însă mult, din fericire, prin formele, relativ puţin grave, pe cari le prezintă paludismul la noi. În Italia mortalitatea medie, datorită paludismului, e de 15.000 anual.

Sunt însă alte localităţi şi mai paludice. În India paludismul face de 6 ori mai multe victime decât holera, şi după Morehead, mortalitatea prin febrele paludice, dă 40% din mortalitatea generală (Laveran).

În timpul expediţiunii franceze, în Madagascar (1895), malaria a bântuit groaznic, între trupele franceze şi indigene. Cazurile mortale au atins în armata franceză de ocupaţie, în câteva luni enorma ţifră de 6.000 (1/4 din efectiv) şi regina *Ranavalo*, spuneà cu drept cuvânt: febra e primul meu general *(Mannaberg)*.

În Turkestanul rus d-rul *Serg. Marc* a descris acum de curând (1903) un focar intens de paludism. Morbiditatea trupelor ruse atinge în această localitate 412‰, mai mare ca morbiditatea trupelor engleze din India (410‰). Sunt sate întregi, unde mortalitatea datorită paludismului el enormă, așà de mare, în cât unii autori, au considerat-o ca datorită ciumei.

E aici locul de amintit dezastrul încercat de flota engleză la Walcheren în 1809. Paludismul a fost cel mai bun aliat a lui Napoleon, în contra formidabilei flote engleze, care îngrozise pe generalii săi. Din 44.000 oameni 27.000 au intrat în spitale, prinși de friguri *(Thiers.* Histoire du consulat et de l'Empire).

Dacă am citat țifrele acestea, e ca să arăt ce ravagii, poate face, în unele localități, malaria. La noi, paludismul nu să prezintă, cu forme grave, decât în cazuri foarte rare.

In mod excepțional, să pot observà însă cazuri de febre pernicioase și printre malaricii noștrii.

Am citat mai sus, câteva observații culese dela diferiți autori. In localitatea unde am fost anul trecut, pentru studiul paludismului *(Frăsinet)* au fost cu câțiva ani mai înainte, două cazuri de pernicioasă mortală.

Dacă mortalitatea la noi e mică, morbiditatea în schimb e foarte mare. Luând o mijlocie de 250—300.000 de malarici, anual, țifra aceasta se apropie foarte mult de adevăr.

Statisticile profesorului *Felix,* de unde am scos această țifră se referă la consultațiile date numai de medici. E drept, că acelaș bolnav, poate fi trecut în statistică de mai multe ori. In schimb însă, sunt bolnavi, cari merg numai la primari sau notari ca să ia chinină din farmaciile primăriilor rurale și alții cari se duc la proprietar pentru chinina din micile farmacii de casă, ce posedă mulți dintre ei.

Alții, în fine, nu consultă de loc, din cauza prejudecății înrădăcinate contra chininei, explicabilă prin fenomenele de intoleranță pe cari le provoacă ca să recurgă la o medicație foarte bizară în care intră tot regnul vegetal și animal: broasca râioasă, țestoasă, ochi de rac, sânge de vrabie, mătrăgună, etc. *(Leon: Istoria naturală medicală a poporului Român* pag. 141).

Toţi aceştia bine înţeles, că nu sunt trecuţi în nici într'o statistică şi compensează numărul exagerat dat de statisticele oficiale.

Fără să provoace cazuri mortale, paludismul poate să deterioreze organismul foarte mult. Astenia ţăranului asupra căreia *Obedenaru* insistă aşà de mult în broşura sa de vulgarizare, nu există de cât la ţăranii bolnavi, e un fenomen morbid, înainte de toate.

Atitudinea ţăranului şi ţărăncei din localităţile impaludate, seamănă cu aceea a locuitorilor din maremele pontine, focar intens malaric *(Obedenaru)*. E atitudinea curbată a omului veşnic obosit.

Aceasta bine înţeles, ca fenomene premonitorii, înainte de cachexia finală, care provoacă o incapacitate totală de lucru.

După doctorul *Istrati*, în monografia sa aşà de documentată *(O pagină din istoria contimporană a României*, 1880). «Miasmele paludice au decimat populaţia unor localităţi mai tare decât au putut face invaziunile străinilor.»

Profesorul *Suţu* cu ocazia studiului unor cazuri de manie de origine palustră arată consecinţele paludismului pe cari le-a putut observà: senilitate precoce, apatie mentală etc. *(Alienatul în faţa Societăţei şi ştinţei*, Bucureşti 1877).

In publicaţia sa, asupra insalubrităţii caselor ţărăneşti, din plaiul Buzău, fostul director general al serviciului sanitar, profesorul *Manolescu*, atribue mizeria fiziologică a ţăranului, în primul loc intoxicaţiei palustre, ale cărei efecte, pot merge, până la cachexia, cea mai profundă. In plaiul Buzău, a putut observà familii întregi, impaludate în gradele cele mai înaintate.

Paludismul poate deci să altereze profund organismul după observaţiile atâtor oameni competenţi, cari au fost şi au trăit la ţară şi au putut astfel studià de aproape formele acestei afecţiuni.

Un mic calcul poate fi făcut asupra pagubelor economice provocate de paludism. După statisticile făcute de higieniști, ar rezultà pentru fiecare caz de boală, o incapacitate de lucru de 20 zile. Pentru paludism, deoarece fiind dat numărul mare al cazurilor simple, formele mai grave cu cachexie, anemie profundă sunt în definitiv rare, admițând numai 10 zile de incapacitate de lucru, am aveà pentru cei 250.000 — 300.000 de paludici o pierdere anuală de 2.500.000—3.000.000 lei, socotind ziua de lucru a 1 leu numai. Țifra aceasta e cu siguranță mult prea mică, de oarece pe lângă cantitate e și calitatea lucrului.

Câtă vreme în urma frigurilor, lucrătorul păstrează astenia, de care am vorbit mai sus, care-l pune în imposibilitate de a desfășurà, toată energia, de care ar fi capabil!

Influența apoi asupra procreației și descendenței (Cardamatis, Grèce medicale 1903, No. 18—20) asupra avorturilor. (Sereni, Policlinico. Sez. prattic. 1905 p. 511), de care încă trebue ținut seama.

Fiind dată frecuența paludizmului și gravitatea cazurilor complicate, întrebarea se pune: Ce s'a făcut la noi până acum pentru combaterea lui? Nimic sau aproape nimic.

Încercările de asanare ale terenelor palustre s'au practicat, pe o scară foarte mică. Toate rapoartele medicilor de județ, o constată. Chinina, specificul paludizmului, e distribuită cu multă parcimonie și în mod absolut insuficient și nesistematic. Pentru a nu da decât un exemplu, în județul Tulcea pentru 5.213 consultații, înscrise în statistica anului 1903, s'a distribuit numai 6.396 grame sulfat de chinină, nici 1 gr. $^1/_2$ de fiecare bolnav, atunci când pentru un tratament sistematic și prelungit în scop de a evità recidivele ar trebuì cel puțin 15 grame, pentru fiecare paludic.

Și vina nu e a medicilor, cari dau chinina, de oarece aceștia în majoritatea cazurilor, ar ștì s'o prescrie în mod rațional, ci a bugetelor de mizerie, cu care se întrețin farmaciile rurale.

Încercarea de a vinde chinina la țărani, pe prețul de cumpărare, făcută în câtevà județe de fostul director al serviciului sanitar, *Dr. Manolescu*, n'a avut pretutindeni succes. Țăranul dă greu bani pe medicamente, chiar când i s'ar cere numai 10 sau 15 centime pe gramul de chinină, deoarece și bugetul lui e un buget de mizerie.

De alminteri dovada cea mai bună de modul insuficient de administrare a chininei, reese foarte clar din calculul făcut de Doctorul *Sion* («Spitalul», 1903).

Făcând media întregei cantități de chinină importată, în anii 1897—1900 a găsit 3.451 kilograme 750 g anual. Socotind câte 15 grame, ca țifră minimă necesară pentru tratamentul unui impaludat, ar fi trebuit pentru 1898, fiind dat numărul paludicilor din acel an, 3.755 kilograme de chinină, numai pentru ei deci cu 304 kilograme, mai mult, decât s'a importat în total. Pe de altă parte, chinina n'are întrebuințare numai în tratamentul paludizmului. Sunt atâtea alte afecțiuni, în care acest antithermic, așà de răspândit e prescris, încât rămâne o cantitate relativ mică, pentru paludizm. Doctorul *Petroianu* în teza sa asupra paludizmului în Vlașca (1892) arată că în cazurile mai ușoare, se dau doze de chinină pentru 3 zile și pentru 5 în cazurile mai grave. În cazurile continue excepțional se dă chinină pentru 8 zile. De obiceiu dozele sunt de 0.50 centigrame. Chiar cantitatea aceasta ori cât ar fi de insuficientă, nu se dă decât rar. In general, primarii, notarii, dau numai un praf sau două de chinină.

Putem spune categoric, că în modul insuficient, cum se dă chinina la noi, e ca și cum nu s'ar da de loc. Prejudecata țăranului contra chininei, vine și din faptul, că el, din chinină nu se alege de cele mai multe ori—în felul cum e administrată, fără regulă și nu un timp destul de îndelungat—decât cu fenomenele de intoleranță, destul de displăcute. Accesele revin și cronicitatea se instalează, sau dacă nu mai revin, cauza e că o vindecare se poate face chiar singură, în afară de orice terapeutică. Vindecarea aceasta e de obiceiu foarte precară. Recidivele caracterizează evoluția frigurilor de bălți, la intervale chiar foarte depărtate dela primul acces (3 ani și mai mult în unele cazuri, *Leyden* etc).

Contra stării acesteia de lucruri, de inerție complectă, în combaterea paludizmului, e momentul de a reacționà acum când pretutindeni, în țările paludice o mișcare întinsă există în sensul acesta.

În Italia, în Englitera, în Franța, în Germania, în Olanda, pretutindeni unde paludismul e endemic sau există în colonii, se desfășură o luptă energică contra lui.

Paludismul e mai de grabă o boală rurală și pentru noi care avem 82% din populație, stabilită la sate, combaterea lui e și mai urgentă. Dacă natalitatea așà de mare pe care o avem, 45—46‰ compensează mortalitatea excesivă 29—30‰ a țării, e timpul ca punând stavilă la cauzele unei mortalități așà de mari să permitem în acelaș timp, și dezvoltarea unei rase sănătoase și puternice.

Literatura profilaxiei paludismului e enormă și mi-ar fi greu s'o expun aici, într'un mod absolut complect. Mă voiu mulțumì să relevez datele mai importante, experiențele mai convingătoare, trimițând pentru rest la memoriile originale, pe cari le voi semnalà la bibliografie.

Pentru o expunere clară a profilaxiei paludismului, e nevoe de a descrie prealabil biologia hematozoarului și modul său de propagare.

Cunoașterea modului de desvoltare a parazitului în corpul uman e importantă, de oarece numai în felul acesta putem încercà să-l distrugem dela primele sale manifestări și să-l împiedicăm de a se propagà mai departe. Numai însă când viața parazitului în afară de corpul omenesc, a putut fi elucidată, profilaxia s'a putut stabili, pe baze absolut serioase.

Parazitul malariei e un protozoar, organism adică unicelular, aparţinând clasei sporozoarelor, reproducându-se adică prin spori (sporogonie), ordinului hemosporidiilor, desvoltându-se adică în sânge şi genului plasmodium.

Plasmodiul malariei are o desvoltare asexuată în sânge şi multiplicarea sa se face prin diviziune. Paraziţii tineri ajunşi în circulaţie, pătrund în globulele roşii, se desvoltă în ele, până ce ating anumite dimensiuni şi apoi se divid în mai multe părţi: *merozoiţi (meros, parte)* cari dau naştere unei noui generaţii.

Paraziţii aşà formaţi, atacă la rândul lor globulele roşii şi ciclul reîncepe.

Multiplicarea aceasta prin diviziune nu continuă mult timp ci-şi are o limită, în resistenţa organismului parazitat şi în sleirea vitalităţii parazitului, chiar în afară de intervenţia ori-cărei terapeutici.

Dejà după puţine accese febrile, o parte din merozoiţi nu se mai multiplică şi dispar, pe când alţii încearcă transformări, iau caractere speciale, cari le asigură o existenţă mai îndelungată şi posibilitatea de desvoltare în afară de organismul uman. Acestea sunt formele sexuate ale parazitului, aşà zişii *gameţi.*

Erà nevoe de semnalat în trăsături repezi ciclul acesta de desvoltare al parazitului, pentru că o profilaxie eficace trebue să fie bazată pe cunoaşterea lui. Parazitul care se desvoltă nejenat, în organism, ajunge să ia forme sexuate şi numai prin formele acestea el îşi asigură desvoltarea ulterioară, în stomacul ţânţarului, de unde poate, iarăşi, să ajungă la om. Rezultă de aici, că e nevoe de a tratà accesele febrile dela început, pentru a împedicà formarea gameţilor. Vindecarea malaricului e în definitiv, foarte importantă, nu numai pentru el, dar şi pentru toţi cei d'imprejurul lui, și după cum se face profilaxia tuberculozei pulmonare, distrugând bacilii din spute, a febrei tifoide, a cholerei, dizenteriei prin distrugerea bacililor din materiile fecale, urină, etc., tot așà și sterilizarea sângelui malaricului — prin chinină — e o măsură preventivă, care se impune.

În schițarea desvoltării hematozoarului, am omis să vorbesc de diferitele forme, pe cari le ia parazitul, forme, cari servesc la clasificarea lui. Descrierea lor, ca să fie clară, ar trebuì să fie însoțită de reproducerea preparatelor microscopice. E nevoie, totuși, de a arătà pe scurt, cari sunt aceste forme, de oare-ce, dacă într'unele cazuri parazitul e ușor de distrus, într'altele el resistă foarte mult. Gravitatea boalei, modul ei de propagare, recidivele se explică tocmai prin existența acestor forme tenace.

Fără a intrà în detalii de technică, — de oare-ce nu intră în subiectul meu să fac morfologia hematozoarului — socotesc că nu e inutil să arăt procedeele cele mai ușoare, cari pot fi realizate de toți cei cari au un microscop, fără să aibă nevoie de cunoștințe întinse de microbiologie și de technică microscopică.

Sângele se ia pe o lamă, printr'o simplă înțepătură, pe degetul spălat și lăsat să se usuce, pentru ca picătura să iasă rotundă și întreagă. Întinderea sângelui se face printr'o altă lamă cu muchea netedă, așa în cât stratul de sânge să fie subțire și uniform. Se usucă la aer și după uscare se fixează printr'un amestec de alcool-eter (părți egale) în timp de 5—10 minute. Se colorează apoi și colorația cea mai expeditivă — suficientă însă — e printr'un albastru de methylen alcalinizat cu borax, amestecul lui *Manson*; albastru de methylen 2 grame, borax 5, apă destilată 100 gr. Se introduce lama cu sânge în materia colorantă — foarte puțin timp, $^1/_2$ minut — și se spală apoi repede cu apă până ce rămâne colorată într'un verde palid. La microscop, cu imersie, se văd după această colorație, niște discuri verzi, cari sunt globulele roşii. Nucleul leucociţilor apare colorat în albastru şi paraziţii tot în albastru în câmpul verde al globulelor roşii, de oare-ce cea mai mare parte din ei sunt intra-globulari.

Technica, după cum se vede, e foarte uşoară.

Agenţii sanitari, pe cari i-am avut cu mine, la încercarea de profilaxie pe care am făcut-o la Frăsinet, ajunseseră să ia cu multă îndemânare sângele, să-l fixeze şi să-l coloreze.

Detaliile acestea de technică, nu le cred nici inutile, nici fastidioase. Sunt mulţi medici cari practică în diferite părţi ale ţării foarte paludice şi cari ar puteà da uşor contribuţiuni foarte utile pentru studiul paludismului la noi. Microscoape cu imersiune, suficient de bune, sunt astăzi accesibile pentru preţuri relativ mici.

Incetul cu încetul, de la observarea mai întâiu superficială a parazitului, dorinţa de a cunoaşte procedeele de coloraţie şi de studii mai complecte ia naştere şi în felul acesta numai din colaborarea tuturora, o mişcare ştiinţifică se produce. Exemplul Italiei cu staţiunile ei numeroase pentru studiul paludismului, din cari lucrări admirabile ies pe fiecare an, făcute de medicii de provincie, exemplul Germaniei, *(Plehn, Panse, Ollwig,* etc.*)*, al Olandei *(Schüffner)*, ai Engliterei *(Ross, Stephens, Christophers,* etc.*)*, unde medicii de colonii dau contribuţiuni foarte importante de parazitologie şi epidemiologie, arată ce se poate face cu tenacitate şi cu dor de muncă.

Formele parazitului sunt dejà uşor de distins prin procedeul de coloraţie pe care l-am indicat şi cu puţină obişnuinţă numai, după examenul microscopic, se va putea spune, chiar când detaliile clinice sunt insuficiente, dacă bolnavul suferă de o febră cuartă, terţă sau estivo-automnală.

In febra cuartă, evoluţia parazitului se face în 72 ore. Observat la începutul perioadei afebrile, parazitul apare ca un disc mic în interiorul globulului roşu. Incetul cu încetul crește, puncte negre de pigment apar în interiorul său. Parazitul pentru nutriția sa, scoate din molecula de hemoglobină, conținutul albuminos și lasă neîntrebuințată hematina. Din observațiile lui *Carbone,* rezultă că compoziția pigmentului, a melaninei, e foarte apropiată de a hematinei.

După 36 ore parazitul ocupă dejà jumătatea globulului roșu și în momentul acesta ia o formă care este absolut caracteristică. Parazitul se întinde ca o bandă transversală în toată lungimea globulului, lăsând globulului pe de o parte, și pe de alta o parte din substanța sa intactă. După 48 ore nu mai rămâne în globul de cât marginea liberă și caract e distinctiv al acestei forme de parazit, globulul roșu nu-și modifică dimensiunile. Cu cât parazitul progresează în desvoltare, cu atât aspectul său se schimbă.

Pigmentul se acumulează în centru și o divisiune în 8—14 segmente, grupate în mod destul de regulat împrejurul pigmentului central se produce.

In momentul accesului febril, divisiunea parazitului se face, merozoiții devinì liberi și invadează noi globule roșii, pentru ca, după 72 ore, un nou acces să se producă. Modul acesta de desvoltare în timp de 72 ore explică tipul de febră cuartă.

Pentru parazitul care provoacă febra terță, evoluția e mai rapidă. In 48 ore, divizia are loc și de aceea accesul se produce cu tipul terț.

Morfologicește, când parazitul e tânăr, în primele faze de desvoltare, seamănă cu cel al cuartei. In curând însă diferențele se manifestă. Pigmentul din interiorul parazitului e mai fin și caracter distinctiv important, globulele roșii sunt mai palide și augmentate de volum. După 36 ore volumul lor e aproape dublu și parazitul ocupă $^2/_3$ din ele. Diviziunea se produce ca și în forma precedentă în jurul pigmentului central. Numărul merozoiților e însă mai mare 15—20. In momentul diviziunei să produce ca și în forma precedentă, accesul febril şi ciclul reîncepe cu parasitarea din nou a globulelor roşii.

Există în fine o a 3-a formă de febră, care se obsearvă şi la noi, deşi mai atenuată, e aşà zisa febră estivo-automnală a autorilor italieni, identică cu cea observată în tropice. E forma cea mai gravă, deoarece netratată la timp duce la cachexie şi recidivează cu tenacitate. Cunoaşterea la timp, pentru tratarea cât mai repede a ei, e şi mai utilă, decât a celorlalte forme.

Prodromele pot să lipsească complect sau nu există decât sub forma de depresiune generală, incapacitate de lucru, sensaţie de greutate în extremităţile inferioare, nelinişte, cefalee, lipsă de apetit etc. Fiorii sunt deseori absenţi. Accesul să produce de obiceiu pe la 1 — 2 după amiazi cu temperatură ridicată şi cu simptome mai grave decât în febrele obişnuite. Temperatura se ridică până la 39^2—40—40^8 şi rămâne astfel, 20—24—36 ore. Deja însă după 12 ore o uşoară remisiune se produce cu temperatură între 38^5—39. Accesul se termină cu sau fără stadiul sudoral. Temperatura se scoboară de cele mai multe ori până la normală, dar câte odată oscilează, în jurul lui 38. După 8—12 ore un nou acces începe, analog, cu cel precedent. Evoluţia curbei termice a unui acces de febră estivo-automnală netratat e deci identică cu aceea a unei terţe simple după cum a arătat *Koch*, de unde şi numele de terţă malignă pe care i-o dă unii autori.

Dacă am insistat asupra curbei febrile a febrei estivo-automnulă e ca forma aceasta este destul de frecuentă şi la noi. Sunt formele aşà zise continue, semnalate de toţi autorii cari s'au ocupat de paludism, perisplenita lui *Obedenaru* (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1877) etc.

Am avut şi eu ocazie, în câteva comune din judeţul Ilfov, (Frăsinet, Obileşti) să observ un număr de cazuri a căror curbă termică, a fost absolut identică, cu cea descrisă mai sus.

Accesele de pernicioasă în descrierea cărora, n'am să intru aici se produc mai cu seamă, cu tipul acesta de febră.

La microscop aspectul parasitului e cu totul altul decât în formele precedente. In sângele periferic, în cazul când examenul e făcut la primele accese sau nu să vede nimic, sau numai inele mici cu absență de pigment, ocupând $^1/_6$—$^1/_4$ din globulul roșu. Multiplicarea parazitului prin divisiune să face în circulația centrală: splină, măduva oaselor etc. și numai în sângele prelevat prin puncțiunea splinei, care nu e totdeauna indiferentă, de oarece poate fi urmată de accidente, să pot vedea merozoiți cari sunt mai mici decât în febra terță, de obicei între 14—16.

Un aspect însă caracteristic pentru acest tip de febră e apariția în sângele periferic, după un număr oarecare de accese, a semilunelor cari sunt formele sexuate ale acestui parazit.

Și celelalte două tipuri de febră, cuartă și terță, își au *gameții* lor. Cunoașterea caracterelor acestor gameți e importantă. Prezența lor explică recidivele și ineficacicatea tratamentului, cel puțin, pentru o parte din cazuri.

Gameții apar de obicei, când accesele s'au repetat de câteva ori. *Schaudinn* îi-a observat totuși și după primul acces într'un caz de terță. Desvoltarea gameților se face după *Schaudinn* într'un timp de două ori mai lung, decât pentru simplii merozoiți. Pentru *Ruge* desvoltarea lor s'ar efectuà tot așa de repede, și aceasta ar explicà absența lor în timpul apyrexiei și apariția frecuentă la începutul febrei.

Diferențiarea gameților de formele asexuate ale parasitului nu e greu de făcut, de și cere oare-care obișnuință în cunoașterea hematozoarului.

La gameții femeli — *macrogameți* — protoplasma se colorează mai intens decât în formele obișnuite ale parazitului. La microgameții se colorează palid.

Gameții sunt mult mai bogați în pigment decât formele asexuate și pigmentul apare sub forma de bastonașe de 2—3 ori mai voluminoase decât granulele de pigment obișnuite. Pentru nucleu, procedeul de colorațiune indicat mai sus nu e suficient. Cu procedee de colorație specială (*Romanowski* etc.) nucleul macrogametrului apare mai totdeauna periferic, e rotund, compus din granule mici de chromatină, pe când nucleul microgamentului apare sub formă de bandă și e mai voluminos.

Gameții febrelor estivo-automnale — semilunele — lasă să să vadă la mijloc chromatina, înconjurată de pigment. La început semilunele sunt mai recurbate. Mai târziu curbura diminuează.

Semilunele ar fi, după *Maurer*, microgameți. Afară de semilune să văd forme prelungite, fusiforme și altele rotunde, analoge, întru câtva, cu gameții terței. Formele acestea n'ar fi altceva decât stadii mai evoluate, ale semilunelor.

Studiul chromatinei nucleului și al amănuntelor morfologiei parazitului, reclamă procedee de colorație specială, a căror bază e procedeul lui *Romanowski*, amestec de cosină și de albastru de methylen alcalinizat, dar pe care nu e locul să le descriu aici. (Pentru indicații de technică v. bibliografie: tratatele lui *Löffler*, *Ruge*, *Lehman-Neumann*, articolul lui *Nocht* din dicționarul de technică a lui *Ehrlich*, articolele și comunicațiile lui *Laveran*, *Reuter*, *Harris*, *Ewing*, etc.).

Paraziții, așa cum se văd, în diferitele tipuri de febră prezintă forme absolut caracteristice, de aceea cea mai mare parte din autori, plecând dela studiile fundamentale ale lui *Golgi*, îi clasifică ca aparținând la 3 specii diferite: *plasmodium malariae*, (parazitul cuartei), *plasmodium vivax* (parazitul terţei) şi *plasmodium praecox* (parazitul febrei estivo-automnale).

Pentru *Laveran*, febrele palustre îşi schimbă adesea tipul febril la acelaşi bolnav. *Lewkowicz*, *Plehn*, *Ewing*, *Van Campenhout* şi *Dryepondt*, *Van Gorkom* au citat în ultimii ani mai multe observaţii favorabile pentru doctrina unităţii. (Laveran, *Traité médic. Brouardel-Gilbert.* Ed. II).

Descrierea formelor parasitului erà necesară, pentru înţelegerea modului de aplicare a unei profilaxii serioase. După cum am mai spus dejà, atunci când în sânge există forme asexuate, tratamentul chinini e eficace, parasiţii de obiceiu dispar repede şi dacă dozele de chinină se repetă, recidivele nu se mai produc în majoritatea cazurilor.

Nu e tot aşà cu gameţii, cari sunt mai rezistenţi la chinină, mai cu seamă semilunele. Gameţii de terţă şi de cuartă, deşi reputaţi resistenţi, dispar totuşi mult mai uşor decât semilunele sub influenţa chininei.

Microgameţii şi macrogameţii odată produşi în sânge, au o soartă diferită. Dacă nu ajung în stomacul ţînţarului, unde copulaţia se produce, microgameţii dispar repede în 4—6 zile, în orice caz în 3—6 săptămâni, pe când longevitatea macrogameţilor e foarte mare. La un moment dat, o diviziune inegală se produce, în macrogamet, în urma căreia o jumătate din parazit devine un merozoit care dă naştere la noui generaţii asexuate, pe când jnmătatea cealaltă moare. Faptul acesta aşà de important, stabilit de *Schaudinn* explică recidivele febrelor, după un timp îndelungat.

Formele sexuate, gameţii, asigură desvoltarea ulterioară a hematozoarului, cari are loc, după cum rezultă din toate cercetările făcute de la descoperirea fundamentală a lui *Renald Ross* în stomacul ţânţarilor anofeles. (Pentru modul cum ideile au evoluat în privinţa rolului etiologic al ţânţarilor, v. tratatele clasice *(Löffler, Laveran)*, articolul lui *Dionisi*, Folia hematologica, fasc. 5, 1904. etc)

Gameţii luaţi de ţânţarul care a înţepat un om bolnav, se transformă în stomacul său foarte repede, într'o jumătate oră până la o oră, după temperatura exterioară. Jumătate din gameţi aproape, iau o formă sferică şi se diferenţiază în macrogameţi (forme sexuate femele) pe când ceilalţi se diferenţiază în microgameţi (forme sexuate mascule). Flagele se detaşează din microgameţi, se mişcă repede în stomac şi pătrund în interiorul macrogameţilor. Macrogametul fecundat ia în locul formei rotunde de până aci, o aparenţă vermiformă şi se mişcă liber în stomacul anofelului *(ookinet)*. In stomac se văd formele acestea cari apar pigmentate. După cum în preparaţiunile proaspete de sânge, graţie pigmentului, *Laveran* a descoperit hematozoarul tot aşà şi în stomacul ţânţarului, pigmentul care puneà formele acestea în evidenţă, a servit lui *Ross*, să descopere modul de desvoltare al parazitului.

Foarte repede ookinetul pătrunde prin epitheliul intestinului mijlociu, până în sub-mucoasă, se înconjoară de o membrană şi devine un *ookist*.

In interiorul ookistului, grupaţi sub formă de sporoblaşti (kisturi mai mici) se găsesc până la 10.000 *sporozoiţi*, aşà în cât finalmente, ookistul reprezintă o capsulă plină de sporozoiţi, care proemină din păretele intestinului mijlociu în cavitatea abdominală şi este aşà de voluminos, în cât poate fi recunoscut şi cu lupa. Peretele capsulei se desface în fine şi sporozoiţii devin liberi în intestinul mijlociu, de unde prin curentul limfatic sunt duşi în diferite organe, mai cu seamă în glandele salivare. In conductele glandelor salivare se adună în cantităţi formidabile, până la un milion *(Kerschbaumer)* şi-şi păstrează vreme mai îndelungată vitalitatea, fără însă să se desvolte mai departe. Sporozoiţii ajung în aparatul bucal graţie unui aparat muscular descris de d-rul *Leon* (Iaşi) şi când ţânţarul înţeapă sunt inoculaţi cu saliva într'un capilar sanguin.

Desvoltarea parazitului malariei în stomacul țânțarului durează după specia parazitului și după temperatura exterioară, un timp variabil. Pentru parazitul febrei estivo-autemnale, la 30⁰, evoluția până la sporozoiți s'ar face în 8 zile și la o temperatură cevà mai joasă în 12 zile. Desvoltarea parazitului terței s'ar efectuà numai la temperatura de 20⁰ în 8—14 zile și cea a parazitului cuartei la temperatura de 30—18⁰, în 10—21 zile *(Kerschbaumer)*.

Pentru *Nikolaus Jancso*, care a observat la Cluj — în condițiuni climaterice mai apropiate de ale noastre — cazuri numeroase de paludism (1.662), gameții se desvoltă în stomacul țânțarului chiar la temperaturi inițiale mai scăzute decăt 16⁰, dacă în zilele următoare temperatura se urcă din nou.

La temperaturi favorabile trebue prin urmare, cam 10 zile, după ce țânțarul a luat sânge, pentru ca sporozoiții să ajungă în glandele salivare. Primăvara și toamna, evoluția aceasta se face în 4—6 săptămâni *(Jancso)*,. Atunci, numai, când sporozoiții ajung în glandele salivare, anofelul prin înțepătura sa poate transmite parasitul la om. Timpul cât trece după înțepătură până la izbucnirea boalei, *incubația* adică, după observațiunile foarte precize a lui *Bianchi-Mariotti* în spitalul militar din Roma durează dela un minimum de 10 la un maximum de 20—21 zile, în medie 14—18 zile pentru terță; pentru estivo- autumnală dela un minimum de 6 la un maximum de 12—13 zile; pentru cuartă 20—21 zile. *(Celli, Atti per gli studi della Malaria* vol V. 1904). Întâia generație de anofeles apare în țările cu temperatura mai caldă, pe la sfârșitul lui Aprilie sau începutul lui Mai (stil nou) fără însă să poată transmite paludismul de oarece aerul exterior n'are încă temperatura convenabilă ca să să poată dezvolta parasitul. Numai la începtul lui Iunie această temperatură există și 3—4 săptămâni în urmă apar primele cazuri noi de malarie (*Kerschbaumer*).

Malaria are însă condiţii de dezvoltare care trebue studiate în fiecare localitate a parte şi rezultatele obţinute pentru o regiune anumită nu trebue să fie generalizat pentru toate ţările atinse (Celli).

Aşà *R. Koch* a stabilit pentru *Grosseto* (Italia) că malaria îşi atinge maximul de dezvoltare 3 săptămâni după ce temperatura exterioară a ajuns la 27 grade.

În cazurile observate la Roma, curba morbidităţii coincide cu mersul temperaturii exterioare. Ea scade dela Ianuarie la Iunie, începe să crească dela Iunie, îşi atinge maximul în August şi scade apoi din nou.

În Germania în cazurile observate dela 1842—1863, se constată o urcare de la Februarie până la Mai, o scădere apoi până în Iulie, o nouă urcare până în Septembrie şi în fine o scădere iarăşi până în Decembrie. În Lipsca în cazurile observate dela 1832—1865, curba se urcă de la Ianuarie până în Mai, scade apoi până în Octombrie. *Grawitz (Berliner Wochenschrift 1900)* a arătat bazându-se pe statistica sanitară a armatei prusiene, că curba infecţiei malarice îşi atinge maximul în lunile de primăvară şi scade în lunile de vară, când ţinţarii sunt mai numeroşi şi condiţiile de temperatură ar trebui să permită mai uşor dezvoltarea paraziţilor. El invoacă faptele acestea ca să le opună teoriei care admite transmiterea paludizmului numai prin anofeles de oarece după el în lunile Februarie, Martie, Aprilie, nu există temperatura necesară dezvoltărei parazitului în ţânţari şi cu toate acestea să produc incontestabil cazuri noi de malarie.

Schoo a arătat însă la *Krommenie* (Olanda) că parasiţii terţei se pot dezvoltà şi la temperaturi mai scăzute, chiar până la 10° dacă 2 zile după infecţia ţânţarului prin sânge uman, temperatura se urcă până la 25°. Chiar dacă în urmă ea se scoboară mult, sporozoiții se desvoltă și pot fi găsiți în glandele salivare.

Temperaturi de acestea există însă deseori primăvara în localurile noastre încălzite. Zilele calde, când anofelesul iese din culcușul său de iarnă, nu sunt rare chiar în Februarie și cu atât mai puțin în Aprilie și Mai. Femela își poate atunci depune ouăle și dacă găsește bolnavi, cari suferă de recidive — și tocmai primăvara se produc recidivele mai frecuent — când suge sânge, se poate infectà cu gameți. Revenită apoi la culcușul ei, de obiceiu în apropierea sobei, unde temperatura este destul de ridicată, parasitul se poate desvoltà în stomac de unde apoi sporozoiții invadează glandele salivare.

Inainte de a muri femelele așà infectate pot transmite parasitul la toți cei pe cari îi împung.

Generația nouă de anofeles, produsă dela aceste femele, poate să ajungă în Aprilie, la un grad de desvoltare suficient ca să poată împunge. Așà se explică că în Aprilie și Mai, țifra bolnavilor poate să-și atingă maximul.

Cum cazurile noui se tratează de obiceiu imediat și cum recidivele devin din ce în ce mai rare, numărul lor scade în Iunie.

Curba malariei în Germania se explică în felul acesta foarte ușor, fără să fie în contrazicere cu teoria transmiterii hematozoarului prin țânțari. Dovada cea mai bună, că explicația aceasta este justă, a adus-o *E. Martini*, într'un studiu pe care l'a făcut, după îndemnul lui *Koch*, asupra malariei dela *Wilhemshaven* port la marea Nordului în Oldenburg (Germania).

In primii 10 ani ai fondării portului (1860—1869) malaria a bântuit pe o scară întinsă (19.533 cazuri). Curba malariei din acest timp corespunde cu totul cu curba malariei din Italia, așà cum am arătat-o mai sus, contrariu de ce se observă astăzi în țările mai septentrionale.

Martini a dat explicaţia acestei contradicţii, care e numai aparentă. In anii dela 1860—1869, lucrătorii portului trăiau în barace acoperite cu pae şi neîncălzite şi în locuinţele acestea reci lipsià temperatura necesară desvoltării parasitului în anofeles. Curba morbidităţii prezintà maximul său în lunile de vară, întocmai ca în localităţile din sudul Europei, atunci când temperatura exterioară permitea desvoltarea parasituluì.

Astăzi însă casele au luat locul baracelor, condiţiile sunt egale cu cele din restul Germaniei şi de aceea şi curba morbidităţii s'a modificat. *Martini* a găsit la *Wilhemshaven*, cazuri noi în Aprilie, ca şi în celelalte părţi ale Germaniei.

Cazurile semnalate de *Kurlov* la Tomsk în Siberia, unde infecţia malarică începe a se manifestà în Martie şi-şi atinge maximul în Aprilie când solul e încă acoperit cu zăpadă şi temperatura scoboară deseori la — 10°, precum şi observaţiile identice ale lui *Vender* la Kolyvan (Siberia) s'ar puteà explicà probabil într'acelaşi fel, fără să fie în contrazicere cu teoria transmiterii hematozoarului prin anofeles *(Semaine médicale* 1904).

Dacă am citat toate aceste fapte e ca să arăt ce mare importanţă are, pentru stabilirea unei etiologii exacte a paludismului, studiul condiţiunilor particulare fiecărei regiuni.

Celli (Atti, 1904) bazat pe studiile făcute în diferitele staţiuni antimalarice din Italia, a construit curba morbidităţii paludismului pe 1903. Din această curbă făcută comparativ pentru nordul, centrul şi sudul Italiei, rezultă că în primăvară să produc recidivele de terţă şi cuartă, pe când cazurile noui de terţă nu apar decât în Iulie şi August. Pentru estivo-automnală recidivele şi cazurile noui se ivesc mai târziu în August-Septembrie-Octombrie. cuarta în fine e cea mai tardivă. Cazurile noui apar în Septembrie, Octombrie și cum pentru cuartă, incubația poate fi de lungă durată (până la 2 luni) se produc încă cazuri târziu în iarnă până în Ianuarie.

O curbă a morbidității în felul acesteia ar aveà o mare utilitate dacă s'ar face și la noi.

În zonele cu climă temperată nu există temperatura necesară pentru desvoltarea parazitului febrei estivo-autumnale. *Jancso*, însă, în observațiunile sale făcute la Cluj, admite că plasmodiul estivo-automnalei nu exigează în anumite condițiuni, o temperatură superioară celui al terței. În fine, în zonele și mai septentrionale, chiar desvoltarea parazitului terței și cuartei e imposibilă și de aici rezultă absența paludismului.

Ori cum ar fi clima cu venirea iernei condițiunile de desvoltare ale parazitului încetează. Ce se face însă cu sporozoiții din glandele salivare? Pentru hematozoarul pasărilor — *proteosoma* — așà de aproape de al omului, *Ruge* admite că o parte din ei pot trece iarna și provocà infecțiuni în primăvara viitoare. Pentru sporozoiții hematozoarului lui *Laveran*, cestiunea nu e elucidată și dacă *Martirano* admite posibilitatea conservărei lor în viață, în cursul iernei, *Schoo*, o contestă.

Sporozoiții ar puteà însă să existe în afară de corpul țânțarului, în apă sau în sol, de unde întroduși în corpul omenesc, fie prin apa de băut, fie prin praful inhalat ar provocà infecția organizmului. Experiențele lui *Celli* cu apa de băut din localitățile malarice au fost însă toate negative și pe de allă parte, *Grassi* și *Schaudinn* au arătat că în afară de corpul țânțarilor sporozoiții mor foarte repede. Modul acesta de transmitere e deci foarte puțin probabil.

Ajunși aici după ce am stabilit toate datele etiologice, necesare unei bune profilaxii, mai rămân încă câtevà cestiuni cari trebue precizate. Așà trebue stabilit dacă numai sângele omului sau și sângele altor animale poate conține parazitul, pentru că în cazul acesta, sterilizarea sângelui omului prin chinină n'ar fi suficientă, de oarece anofelul ar găsì prilej să se infecteze din sângele animalelor.

Toate cercetările făcute, au dovedit că paraziţii sângelui celorlalte animale, pasări, liliaci, bovidee, cai, maimuţe, oricât s'ar apropià morfologiceşte de hematozoar, n'au nimic comun ca proprietăţi biologice cu el. Incercările de transmisiune dela om la animale şi viceversa, au dat până acum rezultate negative. Rămâne deci stabilit, până la proba contrarie, că parazitul malariei, nu se poate desvoltà decât la om şi ţânţarii anofeles.

În sângele extravascular, parazitul trăeşte foarte puţin, aşà în cât posibilitatea transmiterii lui prin evacuări sanguine de ori ce natură pare exclusă *(Löffler)*.

Transmiterea directă prin insecte (purici, ploşniţe, ţânţari) fără multiplicare în stomacul ţânţarului, n'a fost dovedită până acum.

Până ce posibilitatea dubioasă a unei transmisiuni a sporozoiţilor prin mediile înconjurătoare — aer, apă, sol — va fi dovedită, putem deci admite că sporozoiţii se transmit numai prin împunsătura ţânţarului.

Fără bolnavi malarici nu se produce infecţiunea ţânţarilor şi fără anofeli infectaţi paludismul nu se propagă la om.

Mediul înconjurător e întru atâta răspunzător în etiologia paludismului, întru cât permite desvoltarea ţânţarilor infectaţi.

Admiţând punctele acestea ca bine stabilite, rezultă că mijloacele de combatere ale paludismului să pot reduce la următoarele:

1) Distrugerea paraziţilor la oamenii infectaţi şi împiedicarea în felul acesta a anofelilor de a se infectà.

2) Apărarea prin mijloace diferite a oamenilor sănătoşi contra înţepăturilor ţânţarilor purtători de paraziţi.

3) Împiedicarea desvoltării ţânţarilor anofeles.

4) Oprirea desvoltării paraziților la oamenii înțepați de țânțarii infectați.

5) Insensibilizarea celor sănătoși pentru paraziți, imunizarea pe cât posibil contra malariei.

Voi desvoltà pe rând fiecare din aceste puncte.

(Va urma.)

Dr. G. Z. Petrescu

CHESTIUNEA IMUNIZĂRII CONTRA SIFILISULUI.

Frumoasele rezultate, obținute de *Behring* și *Kitasato*, apoi de *Roux* și *Martin*, în seroterapia tetanosului și difteriei, au avut de efect imediat de a îndreptà cercetările tutulor oamenilor de știință, relative la boalele infecțioase, spre această cale nouă deschisă terapeuticei. Mulți, încă d'atunci și fără de a fi stăpâni pe primii factori necesari pentru rezolvirea unei probleme atât de complicată, s'au pasionat, îndelung dar zadarnic, la căutarea unor mijloace de a imuniza pe om contra sifilisului.

Le lipseau, zic, primii factori; în adevăr, două puncte principale pe cari ar fi trebuit să se reazime, fiind-că de la ele pleacă ori-ce metodă practică, nu existau, anume: Cunoașterea parazitului ce cu siguranță este agentul patogen al sifilisului și receptivitatea dovedită a animalelor, sau a unui singur gen afară de genul uman. Fără de cel puțin unul din aceste două elemente, chiar și concepția unui plan de experimentație erà cu neputință. De aceea, într'o primă ordine de experiențe, s'a căutat și se caută încă cu ardoare a se izolà și a se cultivà microbul sifilisului. Este de prisos ca să reamintim toate pretinsele descoperiri, ce rând pe rând s'au publicat în această privință şi seroterapiile încercate în urma unora recente *(Paulsen* şi *Appel).* De fapt, receptivitatea animalelor şi cunoaşterea microbului, fără a fi indisolubile, sunt strâns legate una de alta, căci după cum au probat-o evenimentele, cu ajutorul celei d'întâi, nu numai că se poate înaintà repede spre atingerea scopului terapeutic dar se şi dobândeşte, pe măsură ce se înaintează, noţiuni preţioase asupra proprietăţilor agentului necunoscut şi poate ast-fel garanţii mai mari de a-l determina în curând. De aci o a doua ordine de experienţe, foarte numeroase, făcute cu scopul de a reduce imunitatea naturală a animalelor.

Aceia însă, cari eludând piedeca necunoaşterii microbului şi până ce nici nu se izbutise a se transmite infecţia luetică la animale, au avut curagiul să încerce o seroterapie empirică dela om la om, au avut succese dubioase ba chiar echivoce. In această categorie intră rezultatele obţinute cu injecţii de ser luat dela sifilitici în perioade mai târzii sau mai vremelnice. *(Pellizari, Gilbert* şi *Fournier, Bonaduce, Boech, Wienviorowski, Edward, Cottrell, Rochon,* etc.) Din punctul de vedere al seroterapiei în general, acest procedeu nu aveà decât o slabă raţiune: imunitatea dobândită curând după contractarea sifilisului.

Cu totul lipsite de valoare au fost apoi încercările făcute cu ser normal de câine, bou, miel sau iepure de casă. *(Feulard, Tommasoli, Kollmann, Istomanoff, Neumann, Augagneur,* etc.), pe temeiul imunităţii naturale de care se bucură aceste animale. Această serie de încercări a avut totuş avantagiul de a fi provocat altele mai raţionale cari urmăriau tratamentul sifiliticilor cu serul unui animal inoculat prealabil cu diferite producţiuni sifilitice. *Richet* şi *Héricourt,* cari au avut idea acestui procedeu, socoteau că prin repeţite injecţiuni patologice ar puteà sporì proprietăţile imunizante ale sângelui animalelor, provocând naşterea unor anticorpuri specifice. Nu le-au lipsit imitatori *(Gilbert* şi *Fournier, Mazza, Triboulet, Anderson, Petrini* şi *Vitner, Risso*, şi *Cipollina* etc.) iar animalele cari au servit la aceasta au fost diverse, mai ales câinele, capra, berbecul, măgarul şi calul. Rezultatele în realitate au fost contradictorii şi, dacă la unii sifilitici trataţi după această metodă, starea generală s'a îmbunătăţit, dacă s'a dovedit o influenţă tonică şi reconstituantă sau chiar o acţiune curativă asupra unor leziuni secundare şi terţiare, în schimb ea n'a fost în totdeauna inofensivă ci a dat accidente destul de grave: febră, sock, astenie, dureri mari, albuminurie, hematurie, erupţii, etc. Numai de menţionat sunt încercările făcute de *Tarnowski* şi de *Maxwell* cu sânge de animale mercurializate, pornind dela presupunerea că efectele bune ale mercuriului se datoresc unei reacţiuni puternice pe care o provoacă acest metal în organism şi de care depinde o modificaţie a sângelui, iar nu acţiunei sale directe asupra virusului.

In fond toate aceste cercetări au avut un singur efect bun, acela de a provocà experimentarea pe animale pe o scară mai întinsă, deşi părerea generală din ce în ce mai înrădăcinată, susţinută în Franţa mai ales de *Barthélemy* şi în Germania de *Neumann*, erà că sifilisul este o boală cu putinţă numai la om.

Ce este drept, încercări de a se reduce rezistenţa animalelor la infecţie, s'au făcut încă de mult, chiar independent şi înainte de idea unei seroterapii posibile. Cele mai multe au fost infructuoase cu desăvârşire. Unele însă, fără a-şi ajunge ţelul absolut, au lăsat să se întrevadă o reuşită posibilă, în anumite condiţiuni încă puţin precize. Altele în sfârşit, a căror reuşită păreà a fi deplină şi-au văzut-o contestată dintr'un spirit de sigur adesea extra-ştiinţific. Aceasta a fost soarta inoculaţiilor făcute la maimuţe de *Klebs* încă din 1878, de *Martineau* şi *Hamonic* în 1882 şi de *Cognard* în 1884.

In principiu se pare, bine-înţeles, cu totul nepermis astăzi de a mai căutà, prea departe în scara zoologică, animale cu oareşicare receptivitate. Cu toate acestea, nu se poate să nu se acorde nici-o valoare cercetărilor mai recente în acest sens, mai ales acelora ale căror rezultate confirmă pe ale altora mai vechi, prezintând însă garanţii mai mari de control. De aceea trebue să cităm în treacăt experienţele lui *Hügel* şi *Holzhauser* (1900) şi mai ales pe ale lui *Stanziale* (1902) cari, cliniceşte şi histologiceşte dovedesc că, după cum o susţinuseră dejà *Martineau* şi *Halmonic*, sifilisul produce leziuni speciale la porc. Ni se pare de asemenea destul de important faptul, anunţat de curînd de *Piorkowshy* (Berlin) al unei erupţiuni papulo-crustoase având caractere de sifilis la cal, o lună după injecţii de sânge sifilitic, mai ales dacă ţinem socoteală că şi *Tarnowsky* şi *Jacooleff* au descris oareşicare leziuni specifice, la necropsia cailor lor trataţi la fel.

Vedem aşà dar că patologia experimentală tinde a probà din ce în ce mai mult, că imunitatea naturală a animalelor nu este aşà de absolută cum se afirmase. Iată nişte experienţe cari probează aceasta în trăsuri generale însă cu mare siguranţă: *La Mensa* (din Palermo), inserând în 1899, sub pielea unor câini şi a unor şoareci, tuburi capilari cari conţineau sânge sănătos şi sânge de sifilitic în diferite perioade, a observat că dopurile de leucocyte cari se formau la căpătâiele tuburilor, erau cu atât mai desvoltate cu cât sângele ce conţineau acele tuburi erà dela un sifilis mai virulent. Incercând atunci, dacă n'ar fi cu putinţă să slăbească chimiotaxia pozitivă în infecţia sifilitică la acele animale, le-a supus mai întâiu la influenţa frigului, oboselei, foamei şi setei şi inoculîndu-le apoi producte sifilitice a obţinut de 232 ori, din 298 experienţe, rezultate pozitive, în acest sens că a determinat apariţia unor pustule mari de 1 până la 3 mm.

Ceea ce a întrecut toate așteptările și încoronează opera tuturor cercetătorilor precedenți este reușita încercărilor, întreprinse la *Institutul Pasteur*, din Paris, asupra antropoidelor. In urma descoperirii proprietăților hemolytice, aglutinative și precipitante ale serului sângelui lor *(Goldsmith)* înrudirea acestor maimuțe cu genul uman erà bine stabilită. De aceea *Metchnikoff* și *Roux* au ales antropoidele pentru a face o nouă serie de încercări de transmisiune și la 28 Iulie 1903 ei anunță *Academiei de Medicină* c'au izbutit să inoculeze sifilisul la o femelă tânără de șimpanzeu. Incubația a fost de 26 zile. După acest interval de timp, apărù la locul inoculației (clitoris), o veziculă ovală urmată curând de o ulcerație cu bază indurată și acoperită cu o falsă membrană cenușie. Ganglionii inguinali s'au îngroșat, s'au întărit, rămînînd însă indolori. Diagnoza de șancăr fu confirmată de *Fournier*, *Du Castel* și alții. La o lună după apariția șancărului (56 zile dela inoculație), s'au ivit în diferite regiuni o serie de papule rotunde de mai multe mărimi, având o coaje în centru și o zonă roșie periferică. In cavitatea bucală se vedeau de asemenea leziuni, dar acestea erau greu de deosebit de leziunile obișnuite de stomatită ce prezintă toți cimpanzeii captivi. In schimb volumul ganglionilor axilari și al splinei erà evident în creștere. In luna a patra (79 zile dela ivirea șancărului) maimuța moare, după o scurtă periodă de slăbire progresivă și autopsia permite încă de a se constată diferite leziuni viscerale, mai mult sau mai puțin caracteristice de sifilis generalizat.

Nouă cimpanzei au fost inoculați cu succes de către *Metchnikoff* și *Roux*, majoritatea (6) cu serozitate de șancăr și leziuni secundare dela om. La unul din acești cimpanzei, în ziua 18-a după șancăr, au apărut plăci mucoase pe limbă și, câtevà zile mai tàrziu, și pe buze. Din aceste accidente secundare, luându-se serozitate, s'a inoculat cu succes deplin la alte maimuțe.

Savanții germani nu se lăsară nici ei mai pe jos; *Lassar* (din Berlin) apoi *Neisser* (din Breslau) repetă experiențele de mai sus și reușesc și ei pe deplin. Afară de aceasta, mai fac și constatări importante relative la receptivitatea altor maimuțe.

In urma tutulor acestor rezultate, se puteà considerà ca definitiv stabilite: 1) Receptivitatea destul de răspândită printre maimuțe și, în special, sensibilitatea deosebită a antropoidelor față de sifilis. 2) Trecerea virusului dela o maimuță la alta atât prin șancăr cât și prin eflorescențe secundare. 3) Evoluția boalei la cimpanzeu în totul comparabilă cu a sifilisului uman. Experimentația a câștigat astfel o bază solidă și mijloace prețioase pentru a întreprinde imediat rezolvarea diferitelor părți ale problemei, în prima linie natura virusului, apoi partea cea mai considerabilă, adică obținerea printr'o technică apropriată a unui agent terapeutic de ordine biologică.

Metchnikoff și *Roux* n'au întârziat de a-și pune întrebarea: «Ce este virusul sifilitic?». Ei bine, în toate serozitățile extrase din vesicule inițiale dela cimpanzeu, au găsit numai grămezi de leucocyte, câteva hematii și oareșicari granulații de origină celulară, dar cu toate examenele cele mai minuțioase n'au văzut nici un microb. In schimb au dobândit unele date precize asupra caracterelor biologice ale acestui virus. Astfel, din faptul că granulațiile din preparate nu sunt de loc călătoare, cum ar puteà fi în mijlocul unor germeni înzestrați cu motilitate, conchid cu siguranță că nu poate fi vorba de o bacterie mobilă. Nu poate fi vorba nici de spirile mai mici decât ale lui *Obermeier*, de oarece adăogând în preparate *roșu neutru* cari desvălue bine spirilele, în preparate proaspete, încă n'au observat nici un microb.

De altă parte, este cu neputință ca să ne aflăm în fața unui microb invizibil, analog cu acela admis pentru peripneumonia bovină, care se știe, trece prin *filtrul Berkefeld.* Aceasta au probat-o *Klingmüller* și *Baermann* asistenții lui *Neisser*. Ei și-au injectat filtratul unei triturații de bucăți de șancăr și de condylome cu apă fiziologică, fără a înfățișà vreo urmă de infecție. *Metchnikoff* și *Roux* repetând aceeași experiență pe maimuțe, cu o technică mai bună îi adaogă proba de control prin aceea că injectează unui al doilea șimpanzeu, ca martor, acelaș product virulent însă nefiltrat. Acest animal este infectat pe când primul rămâne indemn, rezultat ce, de astădată, este hotărîtor.

S'a mai probat de asemenea că virulența agentului patogen persistă în șancăr până în cele din urmă și chiar când este pe cale de vindecare. In adevăr, șancărul de care s'au servit *Metchnikoff* și *Roux* la prima inoculație, erà vechi de o lună și totuși a provocat infecția. La acelaș cimpanzeu o a doua inoculație, făcută la interval de cinci zile după prima, a rămas fără urmări. Aceasta probează că imunitatea, la animalul în chestie, se stabilește cu mare repeziciune.

Mai departe, s'a dovedit că încălzirea în timp de un ceas la 51° a productelor sifilitice, le despoaie de orice virulență, pe când amestecul lor cu glicerina nu le influențeaza acțiunea patogenă, dacă se injectează îndată după facerea amestecului. Această constatare a fost punctul de plecare al unei noui serii de încercări, cari tind la imunizarea antropoidelor. Mai întâi, *Metchnikoff* și *Roux,* bazați pe faptul că în unele boale productele infecțioase, filtrate sau încălzite și prin urmare lipsite de virulență, pot servì drept vaccin, au făcut injecții de virus uman la cimpanzei prealabil tratați cu virus filtrat sau încălzit la 51°. Animalele au contractat boala. Erà prin urmare vădit că imunizaţia nu se va puteà obţine decât cu virus viu, dar bine înţeles atenuat în oareşicare măsură (¹).

Atenuarea, după însăşi părerea cercetătorilor, nu se puteà efectuà decât prin trecere succesivă, dela un organism rezistent, la altele din ce în ce mai sensibile, până la cel ce trebuie imunizat. Calea, din fericire, erà însemnată de experienţile lui *M. Nicolle* (1900) şi *C. Nicolle*, ale lui *Lassar* şi ale lui *Neisser*, fără a vorbì de celelalte mai vechi, în cari mai multe specii şi varietaţi de maimuţe manifestaseră o sensibilitate diferită pentru sifilis. Astfel este speţa *Macaccus*, varietăţile *cynomolgus* şi *sinicus*. La aceste maimuţe se produce o infecţie foarte deosebită în manifestaţiile ei de a omului, un sifilis abortiv: incubaţia de obiceiu este scurtă, leziunile primare sunt foarte uşoare şi se vindecă repede, iar ulterior nu se mai observă decât adenopatii mai mult sau mai puţin generalizate.

Aceste fapte au făcut pe *Metchnikoff* şi *Roux* să presupună că macaccul atenuează virusul într'un grad suficient pentru a vaccinà pe cimpanzeu. Inoculând la acesta virus dela un macaccus sinicus, i-au produs accidente primare foarte uşoare cari s'au vindecat în 10 zile; nici induraţie nici adenopatie. Au inoculat atunci aceluiaş cimpanzeu virus uman, a cărui activitate s'a dovedit pe un macacus cynomolgus şi cu satisfacţie au constatat că cimpanzeul, afară de o adenopatie generalizată nu prezintă nici un accident, nici chiar două luni după încercare. Atunci însă când s'a injectat unui cimpanzeu o aşà de mică cantitate de virus încât reacţiunea a fost nulă, imunizaţia nu s'a putut obţine şi aceasta are mare importanţă, căci indică un criteriu: pentru a imunizà cu siguranţă, trebuie ca vi-

---

(¹) Vaccinarea cu virus atenuat este o creaţiune a lui Pasteur. Se ştie că tratamentul antirabic după metoda sa urmăreşte acelaş scop. In acest tratament se obţine însă imunizarea prin inoculaţiuni succesive de virus din ce în ce mai puţin atenuat.

rusul întrebuințat să poată da accidente locale, dar bine înțeles cât se poate de ușoare.

Acuma faptul este neîndoios, organismele mai rezistente prepară vaccin pentru cele mai sensibile. Fiind însă mai multe spețe și varietăți, a căror receptivitate este mai mare sau mai mică, cu slabe deosebiri, este cu putință ca, procedând cu metodă, deși forțat pe dibuite, să se stabilească o întreagă gamă de virulențe variate de sifilis, dela antropoide, a căror sensibilitate se apropie de a raselor umane inferioare și până la mandril și la maimon, cari sunt cu totul refractari. Pe calea ce atunci va fi pe deplin sigură, este de sperat că în curând se va putea atenua virusul într'atâta încât să poată servì ca vaccin contra sifilisului uman.

NOTA. In momentul de a apare ne sosește un articol de **Schaudinn** și **Hoffmann** (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 4 Mai 1905) în care descrie două varietăți de spirile pe cari le-au găsit în mod constant în șancărul sifilitic și în ganglionii inguinali. Sunt niște spirile lungi (4—14 μ.) foarte subțiri (maximum $^1/_4$ μ.) greu de văzut de oarece nu se colorează decât foarte slab și numai cu *azur-eozină*. In loc de mișcări ondulatorii prezintă numai o deplasare rigidă. Autorii nu se pronunță deocamdată asupra rolului etiologic al acestui parazit pe care l-au denumit *Spirochaete pallida*.

BIBLIOGRAFIE

Boeck.—*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1896, XXXV, pag. 387.
Bonaduce.—*Monatshefte f. prakt. Dermat.* 1895, XVII, pag. 120.
Cognard.—*Lyon médical,* Iunie 1884.
Cottrell.—*British Journal of Dermatology* 1895, pag. 349.
Feulard.—*Annales de Dermat. et Syph.* 1891.
Gilbert et Fournier.—*La Semaine médicale* 1895 pag. 181.
Hügel und Holzhaeuser.—*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1901, LV.
Istomanoff.—*Wratch,* 24 Noemvrie 1894.
Klebs.—*Prager mediz. Wochenschrift,* 1874, fasc. II.
Klingmüller u. Baermann.—*Deutsche mediz. Wochenschrift,* 1904, pag. 766.
Kollmann.—*Deutsche mediz. Wochenschrift,* 1891, pag. 806.
Lambert.—*La sérothérapie dans la syphilis. Thèse de Paris,* 1897.
La Mensa.—*Giorn. italiano delle Malattie Venerree,* 1899, fasc. VI.
Lassar.—*Berliner Klinische Wochensch.* 1903, pag. 1189.
Martineau et Hamonic.—*Bulletin de l'Académie de Méd.* 1882 pag. 1007.
Maxwell.—*Monatshefte f. prakt. Dermat.* 1896, XXII, pag. 269.
Mazza.—*Giorn. ital. delle Malattie Veneree,* 1893, fasc. III.

Metchnikoff et Roux.—*Annales de l'Institut Pasteur,* 1903, pag. 809; 1904, pag. 1 şi pag. 657.
Mulé.—*La sérotherapie dans la syphilis, Thèze de Paris* 1896.
Neisser.—Al V-lea congres internaţional de Dermatologie, Berlin 1904.
Nicolle Ch.—*Annales de l'Institut Pasteur.* 1903 pag. 636.
Paulsen u. Appel. *Deutsche mediz. Wochenschrift,* 1904, pag. 1906.
Pellizari.—*Giorn. ital. delle malattie Veneree,* 1892, pag. 333.
Richet et Héricourt.—*Bulletin de la Soc. de Biologie,* Ianuarie 1895.
Risso e Cipollina.—*Riforma medica,* 1904 No. 48.
Roux et Metchnikoff.—*Bulletin de l'Acad. de Méd.* 1903 pag. 101.
Stanziale.—*Giorn. ital. delle Melattie Veneree,* 1902, fasc. V.
Tommasolli.—*Gazetta degli ospitali* 1892, No. 28 şi 70.
„ —*Riforma medica* 1893 pag. 231 şi 243,
Vitner.—Contribuţiuni la studiul seroterapiei în sifilis. Teză din Bucureşti 1897.
Wiewiorowsky.—*Wratch,* 1895 No. 34.

CERCETARI ORIGINALE

Dr. Al. Slătineanu

EXPERIENŢE FĂCUTE CU SERUL THYROTOXIC

COMUNICARE PRELIMINARĂ

(LUCRARE FĂCUTĂ ÎN LABORATORUL DE MEDICINĂ EXPERIMENTALĂ.)

Principiul general al serurilor cytotoxice sau cytotoxine a fost descoperit şi pus în aplicare pentru prima oară de *J. Bordet* în Institutul Pasteur din Paris. Principiul este următorul: fiind date două specii animale, A şi B, şi injectându-se speciei A (prin cale sub-cutanată, intravenoasă sau intraperitoneală) o emulsie dintr'un anumit organ provenit dela specia B, apoi repetându-se injecţiunile de mai multe ori, serul speciei A dobândeşte, faţă de organismul B, proprietăţi speciale din cele mai interesante; fiind injectat organismului B acest ser execută o acţiune *eficace* asupra organului, care a furnizat emulsiunea, această acţiune putând merge până la complecta distrugere a sus numitului organ.

Să luăm un exemplu concret: în peritoneul unui iepure se injectează sânge defibrinat de cobai, injecțiunile se repetă de 3—4 ori, lăsându-se între două injecțiuni un interval de câteva zile, și se fac în doze crescânde. După câteva injecțiuni se constată, că serul iepurelui este în stare să dizolve, atât *in vitro* cât și *in vivo*, globulii roșii ai cobaiului; el a devenit *hemolytic* pentru cobai.

Această acțiune lytică, serul o datorește, precum a demonstrat *J. Bordet*, la două substanțe, de natură diastazică, aflătoare în sângele animalului injectat cu globule roșii: una thermolebilă (se distruge la 55^{0}) există în orice ser, atât la animale normale cât și la cele imunizate. Această substanță este *alexina* lui *Bordet* (complementul lui *Ehrlich*, citaza lui *Metchnikoff*). În timpul vieții ea nu circulă în plasmă, ci este conținută în leucociți polynucleari.

Cealaltă substanță, thermostabilă (nu se distruge decât între 65^{0}—70^{0}) apare la animalele imunizate și nu există la animale normale decât în cantități infinitezimale: *substanța sensibilizatrice* a lui *Bordet*, substanța intermediară, fixatorul sau amboceptorul după nomenclatura lui *Ehrlich*. Ea reprezintă *anticorpul* sau antitoxicul specific. În timpul vieții circulă în libertate în plasmă și pare a fi elaborată în organele limfoide, splina, ganglioni, măduva osoasă. Acțiunea lytică a serurilor antitoxice nu se produce decât atunci când există o acțiune simultană a ambelor substanțe.

Calea deschisă de *Bordet* a fost repede urmată și în scurt timp s'a obținut seruri specifice pentru diferite organe: astfel s'a putut obține seruri spermo-toxice, nevro-toxice, nefro-toxice, hepato-toxice, gastro-toxice, etc.

Studiul fenomenelor, cari se produc în urma injecțiunii serurilor citotoxice, a arătat că, atât dozele slabe cât și dozele masive, au o acțiune specifică asupra organelor sensibile, această acțiune diferă, însă mult, după cum se întrebuințează sau unele sau altele. Pe când dozele masive determină leziuni grave ale celulelor sensibile, leziuni cari pot merge până la dizolvarea lor completă, din contră, dozele mici produc o excitaţiune funcţională a elementelor celulare, excitaţiune care, microscopiceşte, se manifestă spre ex.: prin fenomene de hypersecreţiune dacă este vorba de celule glandulare, de mobilitate exagerată a spermatozoizilor în cazul serului spermotoxic, de hyperglobulie pronunţată dacă se injectează un ser hemolytic.

Ne-am propus şi noi să facem o serie de cercetări asupra serului thyrotoxic. Diferiţi autori, *Mankovski* (1), *Gontscharukof* (2), *Milton Portis* (3), *T. L. Yates* (4) şi *W. G. Mac Callum* (5) s'au ocupat deja cu această chestie. *M. Portis* şi *Mac Callum* sunt acei ale căror lucrări prezintă un interes mai mare. Rezultatele concordate la cari au ajuns ei sunt următoarele: simptomele arătate după injecţiunea serului thyrotoxic sunt depresiune, apoi convulsiuni, vărsături, hemoglobinurie, dyspnee. Microscopiceşte se constată o dispariţie a coloidului precum şi o descuamaţie şi o necroză a celulelor epiteliale thyroïdiene. Autorii nu semnalează variaţiunile acţiunii toxice în raport cu variarea dozelor.

În mod general, cercetările noastre au confirmat constatările autorilor susnumiţi. În plus, am putut constată deosebiri foarte marcante atunci când variam dozele injectate. Am făcut şi oarecari observaţiuni interesante în ceea ce priveşte modificările reacţiunilor thyroïdiene în urma acţiuni serului specfic.

Să insistăm mai întâi asupra fenomenelor clinice consecutive injecţiunii (vărsături, hemoglobinurie, dyspnee, etc). Aceste fenomene nu aparţin în propriu serului thyrotoxic, ci sunt datorite hemolyzei. Când se injectează la un animal o emulsie de thyroïde, cu toate precauțiunile, cu toate spălăturile minuțioase, se injectează și doze însemnate de sânge, încât serul animalului îmunizat forțamente dobândește proprietăți hemolytice. Injecțiunea oricărui ser hemolytic reproduce sindromul clinic indicat mai sus și ar fi o eroare să credem că asemenea simptome ar fi rezultatul unei alterațiuni thyroïdiene oarecare.

---

(1) **Mankovsky**: *Russ. Arch. f. path.* **1902**, 14, 571—591.
(2) **Gontscharukof**: *Centralbl. f. allg. path. u. path. Anat.* **1902**, 13, 121—124.
(3) **Milton Portis**: *The Journal of infections disease.* **1904**, I, 127.
(4) **T. Yates**: *Univ. of Penn. Med. Bull.* **1903**, 16, 195—200.
(5) **W. G. Mac Callum**: *Med. News.*. **1903**, Oct. 31.

Technica întrebuințată de noi pentru prepararea serului thyrotoxic a fost următoarea: câinele ne-a furnizat thyroïdele, capra ne-a dat serul.

Thyroïdele sunt mai întâi bine spălate cu apă fiziologică, apoi sfărâmate în sfărâmătorul lui Latapie și în fine lăsate să macereze la frig în apă fiziologică, timp de 3—4 ore. Emulsiunea astfel obținută, se injectează subcutanat la o capră. Injecțiunile sunt repetate în fiecare săptămână. Cantitatea maximă de thyroïde, pe care a primit-o aceeași capră, este de 12 glande întregi. Emulsiunea se rezoarbe lesne. Sângerarea caprei trebue efectuată 8 zile după ultima injecție.

Iată rezumate, experințele făcute injectându-se la câini normali doze variabile de ser thyrotoxic:

1) Se injectează 10 c. c. de ser subcutanat, la un câine de 5 kilogr. După 24 ore câinele este sacrificat. Thyroïdele animalului sunt fixate în lichidul lui Lenhossek. Examenul secțiunelor ne arată în unele puncte o vacuolizare a porțiunii interne a celulelor epiteliale. In multe locuri partea celulelor din spre lumina veziculei a dispărut, ca topită, nerămânând decât porțiunea bazală împreună cu nucleul; astfel turtit, epiteliul pare redus la un simplu endoteliu, protoplasma și nucleul păstrându-și reacțiunile colorante normale. Impreună cu reducerea celulei, se constată o mărire a volumului coloidului, acesta umple întreaga veziculă distinzând și apăsând pe suprafața celulelor epiteliale. In mod evident este vorba aci de o hypersecrețiune a coloidului, redu-

cere de volum a celulelor epiteliale corespunzând cu o activitate secretorie exagerată.

In jurul veziculelor există o hyperemie capilară pronunţată iar în interiorul vaselor, o polynucleoză intensă. De altmintrelea nici o diapedeză.

2) Injectând 20 c. c, din acelaş ser, intravenos (în jugulară) la diferiţi câini a căror greutate varia între 4 — 6 kilog. constatăm următoarele: mai întâiu o serie de fenomene datorite puterii hemolytice a serului nostru: vomismente, diaree, hematurie. Moartea animalelor a survenit după un timp variând între 6—80 ceasuri. Unul trăeşte încă şi azi. Animalele mor cu o hemolyză pronunţată, iar la câinele mort după 80 ore se constată un icter provocat prin distrugerea hematiilor. (Icter pleïocromic a lui Stadelman).

Examenul thyroïdelor fixate în lichidul lui Lenhossek ne arată tablouri microscopice foarte variate după punctele considerate. Majoritatea veziculelor par a fi normale şi epiteliul lor este intact. În alte puncte epiteliul unor vezicule este grav alterat: protoplasma aproape dispărută; nuclei singuri persistă «in situ» însă se colorează ca un bloc omogen şi foarte intens prin culorile bazice de anilină. In fine, ici şi colo, se vede o veziculă cu epiteliul complect degenerat şi căzut în lumina centrală. Celulele astfel descuamate nu mai sunt reprezentate decât prin nuclei, cari şi-au perdut rotunzimea lor, colţuraţi, neregulaţi şi colorându-se în mod omogen, fără electivitate. A dispărut ori şi ce urmă de protoplasmă.

In multe puncte, în urma căderii epiteliului, s'a rupt şi membrana bazală a veziculei în cât, se văd vezicule vecine, cu păreţi dislocaţi, deschizându-se unele în altele.

De almintrelea leziunele observate sunt strict epiteliale. Afară de o stare marcată de hyperemie şi de o uşoară polynucleoză intra-vasculară, nu se observă, nici o reacţiune din partea elementelor mezodermice. Endoteliile vasculare sunt normale și nu există nici o infiltrație de elemente mobile.

In multe vezicule cantitatea de coloid este foarte redusă.

Leziunile cele mai caracteristice însă le-am obținut în modul următor: Am descoperit carotida primitivă a unui câine; am ligaturat-o la partea superioară deasupra trunchiului arterial thyro-laringian. Apoi am injectat 30 c. c. de ser thyrotoxic prin carotidă, încât o parte din ser a mers direct în thyroïda corespunzătoare, cealaltă parte trecând în circulația generală și atingând thyroïda opusă, după ce se diluase în întreaga masă sanguină.

Thyroïdele fixate 5 ceasuri după injecție prezintă leziuni deosebite, cea injectată direct arată o dezagregare acută și totală a elementelor sale, thyroïda opusă prezentând leziuni mai puțin brutale dar nu mai puțin interesante.

Thyroïda lezată direct, examinată cu un obiectiv slab, nu mai prezintă nici o analogie cu o thyroïdă normală. Intreaga architectură a glandei este răsturnată. Nu se mai distinge vezicule, limitele între ele au dispărut; nu se văd decât grămezi de nuclei împrăștiați fără ordine, și dând, ca primă impresie, aspectul unui ganglion.

Cu un obiectiv mai puternic se observă că structura veziculară a dispărut cu desăvârșire; se văd grămezi enorme de nuclei risipiți; mulți prezintă fragmente de protoplasmă aderentă. Printre acești nuclei epiteliali, numeroși globuli roșii extravasați.

Nici un nucleu epitelial nu mai prezintă caracterul nucleilor normali, și anume un contur puțin ovalar — neted — cu fine puncte cromatice, colorându-se electiv prin safranină. In cazul de față substanța chromatică s'a colectat în una, două sau trei picături groase, colorându-se intens și brutal prin coloranți bazici. Unii nuclei sunt extrem de reduși ca volum, alții umflați în mod demesurat. In multe puncte se observă o adevărată karyolyză analogă cu karyolyza, ce se observă în nucleul leucociţilor degeneraţi. In fine, dese ori substanţa cromatică a dispărut cu desăvârşire şi nucleul se prezintă sub forma unei vezicule goale.

Una din alteraţiunile cele mai interesante este următoarea: o bună parte din nuclei degeneraţi şi-au perdut afinitatea pentru culorile bazice de anilină şi se colorează intens prin eozină. Această transformare eozinofilă este cu totul comparabilă cu transformarea analogă observată dese ori în digestiunea intracelulară a multor substanţe albuminoïde; diastazele digestive (alexina) exercitându-şi acì acţiunea lor în afară de celule.

Leziunele thyroïdei opuse, deşì mai uşoare, sunt extrem de interesante. Coloidul a dispărut cu desăvârşire; nu mai există în interiorul veziculelor, fără ca să fie posibil de a determinà calea acestei rezorbiri. Cât pentru celulele epiteliale ele sunt enorme, idropice, umple toată cavitatea veziculei, marginele lor libere ajungând la contact, unele cu altele, în centrul luminei. Nucleul lor este normal. Faţă de această hypertrofie enormă a celulelor epiteliale, se naşte întrebarea, dacă nu cumva coloidul dispărut a fost rezorbit de însăşi celula epitelială ?

Din aceste observaţiuni premergătoare şi cari trebuesc complectate prin studiul leziunilor cronice, decurg de acum, concluziunile următoare:

a) Serul thyrotoxic are o acţiune specifică asupra celulelor epiteliale ale glandei thyroide. Această acţiune variază după cantitatea de ser injectat.

b) Dozele mici de ser au o acţiune stimulantă asupra celulelor epiteliale şi se manifestă printr'o secreţiune exagerată a substanţei coloide.

c) Cu doze mai mari se observă o dispariţie aproape complectă al coloidului însoţite cu o hypertrofie enormă a celulelor epiteliale.

d) Cu doze masive, epiteliul este distrus în mod brusc, producându-se o degenerare acută a protoplasmei precum și a nucleului. Sub influența acțiunii diastazice acestea își pierd afinitățile pentru substanțele bazice și devin eozinofile.

e) N'am putut studià decât leziunile acestea. Toate leziunile epiteliale observate de noi se produc, în afară de vreo intervenție activă a elementelor mezodermice.

CRITICI ȘI CRONICI

D-ri Iacobson și **Tatușescu.**

TRATAMENTUL ENTERITEI MUCO-MEMBRANOASE

DE

Dr. A. COMBE

PROFESOR DE CLINICA INFANTILA. — LAUSANNE.

Sunt câteva luni de când d-l dr. A. Combe, profesor de clinică infantilă la facultatea din Lausanne a scos la lumină un volum de 270 pagini, asupra *Tratamentului enteritei muco-membranoase.*

Combe e dejà cunoscut multora din noi grație sanatoriului său de lângă Lausanne prin care au trecut mulți din compatrioții noștri, reîntorși la căminele lor cu păreri diferite. D-l Combe își bazează studiul său pe 1800 de cazuri ce a avut ocaziunea să îngrijească.

Mai întâiu mărturisește că principiile dietetice, pe cari le emite, nu sunt operă originală, ci împrumutate și localizate dela medicii austriaci și germani, cari le-au aplicat cu multă vreme mai nainte.

Acest studiu este împărțit în două capitole:

1) Entero-nevroza muco-membranoasă.

2) Enterita muco-membranoasă.

Entero-nevroza o caracterizează prin: constipaţie spasmodică cu eliminare de false membrane, şi excavaţiunea pântecelui, care e dureros la pipăit. — Această boală e o nevroză intestinală justiţiabilă de un tratament comun cu al tuturor boalelor nervoase, calmante, hydrotherapie, sugestie, persuasiune.

Semnele pe cari le descrie autorul sunt puţin caracteristice, pentru ca de pe acuma să mărturisim că diferenţiarea pe care o face e puţin convingătoare, deşi poate fi adevărată.

Enteritele muco-membranoase autorul le împarte în 2 categorii: 1) Enterita primitivă, şi 2) Enterita secundară.

Cu privire la *Enterita muco-membranoasă primitivă*, nu avem nimic nou de notat relativ la etiologie, de oarece la origina ei recunoaşte artritismul pe lângă celelalte cauze banale ce există, alimentaţie prea azotoasă etc. — Putrefacţia intestinală este primul act al enteritei muco-membranoase; ea se agravează însă prin faptul că la artritici se elimineazá prin intestine, oxalate şi urate, cari favorizează putrefacţia şi paralizează mijloacele de apărare a mucoasei intestinale. Bazat pe aceste fapte, autorul susţine infecţiozitatea, enteritei muco-membranoase şi o dovedeşte prin diferite argumente, între cari şi contagiunea.

Prezenţa în scaune a mucozităţilor şi a falselor membrane este datorită faptului că într'un caz infecţiunea se face pe o mucoasă relativ sănătoasă; iar în altul pe o mucoasă artritică care e mult mai sensibilă.

Simptomatologia, in trăsuri generale, nu diferă de ceea ce au descris medicii.

E de notat ca parte originală insistenţa autorului asupra analisei urinei şi, în particular, asupra dozării sulfo-etherilor, cari indică intensitatea putrefacţiunilor intestinale şi gradul de autointoxicaţiune. In treacăt notăm părerea autorului că infecțiunea intestinală entero-colitică se propagă la apendice, dând apendicite; pe când Langenhagen și Dieulafoy neagă această corelațiune.

Enterita secundară poate fi provocată de următoarele cauze :

1) Cauze cari scad mijloacele de apărare a organizmului: gripă, pojar etc.

2). Cauze cari măresc putrefacțiunile intestinale: afecțiuni ale nasului și gâtului (prin înghițirea mucozităților), paraziți intestinali, ulcerații intestinale, stază a conținutului tubului digestiv, stază stomacală, stază în intestin, apendicită, fissuri anale, ptozele viscerale, afecțiunile organelor genitale la femei (în mod mecanic sau infecțios).

Cu aceasta se termină partea întâia sau partea teoretică a lucrării, care pe lângă foarte puține lucruri originale, reînoiește toate câte erau dejà cunoscute relativ la această boală și le ilustrează cu mai multe planșe, dintre cari unele sunt mai mult sau mai puțin naive, în special planșa No. 1, care are pretenția ca să exprime tipul bacteriologic al constipației cronice.

Tratamentul.

Constitue partea cea mai importantă a lucrărei.

In ce privește enteritele secundare, trebuește tratată cauza acestor enterite.

In tratamentul enteritei primitive scopul pe care și-l propune autorul este schimbarea mediului de cultură intestinală, făcându-l neapt desvoltării bacteriilor proteolitice (putrefiante) și aceasta prin două mijloace:

1). Indepărtarea alimentelor putrescibile, cari s'au dovedit a fi mai cu seamă carnea, ouăle și grăsimile.

2) Recomandarea alimentelor antiputride reprezintate prin grupul lacto-făinos.

Autorul, sprijinit pe experiențele lui Hirscher, Winternitz etc. conchide că în lapte şi derivatele lui, elementul antiputrid este reprezentat prin lactoză.

Alimentele antiputride prin excelenţă sunt hidraţii de carbon, (care printr'un lapsus repetat în tot volumul sunt numiţi hidro-carburi) fapt dovedit printr'o serie de experienţe luate, din autori cât şi personale. Administrarea lor scade într'un mod însemnat cantitatea sulfo-etherilor din urină.

Dacă comparăm cele 2 alimente antiputride: laptele şi făinoasele, vedem că cele mai recomandabile sunt făinoasele; de oarece laptele pe lângă lactoză care e antiputridă mai conţine şi cazeină, element care se lasă foarte uşor să fie atacat de microbii proteolitici. Prin urmare laptele pur e absolut contra indicat în enterită. Din contră, făinoasele nu conţin decât elemente cari rezistă la putrefacţie şi constitue alimentaţiunea antiputridă prin excelenţă, singură capabilă a modificà în mod favorabil mediul de cultură intestinal, prin transformarea lor progresivă în acid lactic şi succinic, substanţe antiseptice.

Regimul ideal pentru acest autor este regimul lacto-făinos, de oarece hidraţii de carbon din acest regim descompunându-se într'un mod progresiv în substanţe antiseptice, cari ajung treptat până în intestinul gros, împiedică putrefacţiunea cazeinei. Pentru ca această acţiune protectivă să aibă loc, autorul conchide din experienţă că bolnavii trebue să înghiţă cantităţi mari de făinoase; iar în cazurile când se administrează şi alimente albuminoide, făinoasele trebue să reprezinte cel puţin de 5 ori cantitatea albuminei.

Ca încheiere, autorul rezumă metoda sa dietetică în aforismele următoare:

1). Să nu bei mâncând şi să nu mănânci bând.

2). Să imparţi hrana în mai multe prânzuri, alternând totdeauna un prânz lichid cu unul solid.

3). Să te culci pe spate sau pe latura dreaptă timp de un ceas, după fiecare mâncare solidă, dar fără să dormi.

4). Să suprimi din alimentaţie toate alimentele putrescibile.

5). Să eviţi grăsimile.

6). Laptele curat nu va fi nici odată dat în enterita acută, nici în izbucnirile acute ale enteritei cronice. Se vor evità de asemenea în aceste cazuri alimentele conţinând o mare proporţiune de celuloză.

7). Să se introducă în tubul intestinal cantitatea maximală de făinoase.

Tratamentul medicamentos, antiseptic, enteroclismele, şi purgativele, sunt expuse fără nici o pretenţiune doctrinară, de aceea credem inutil de a ne ocupà de ele.

FAPTE CLINICE

D-ri Slătineanu şi Găleşescu

UN CAZ DE MENINGITĂ CU BACILI EBERTH

In ziua de 22 Ianuarie 1905, intră în serviciul medical al d-lui dr. Urlăţianu, din Spitalul Colentina, bolnavul Gheorghe Vlădoi, de 16 ani, din comuna Zăicóiu, judeţul Ilfov, de profesiune zarzavagiu.

In ceeace priveşte antecedentele ereditare şi personale, nu putem şti nimic, căci bolnavul se află într'o stare tifică, însoţită şi de puţin delir.

Examinându-l la intrarea în spital, se observă că e slăbit, ţesutul celulo-adipos destul de redus. Atât la pulmoni cât şi la, cord, nu se găseşte nimic. Pântecele însă, este puţin balonat, dacă îl palpăm se plânge de dureri mai ales la presiune. Ficatul normal, splina puţin mărită de volum, pe abdomen nu se observă nici un fel de erupţiune.

La 24 Ianuarie bolnavul are epistaxis şi acuză dureri de cap, mai ales atunci când îl mişcăm; prezintă o stare delirantă, se observă şi semnul lui Kernig, care totuşi nu este destul de pronunţat. La pulmoni se aud raluri de bronşită, tuşeşte, însă nu expectorează. Pulsul frecuent, dar regulat. Temperatura a variat între 40^3—40^0. Are câte 2 scaune pe zi, fără a fi diareice.

In ziua de 25 Ianuarie se face sero-diagnosticul, care în diluţie de $1/_{100}$ a fost pozitiv, producând o aglutinare aproape instantanee.

La 29 Ianuarie se constată prin percuţie la partea posterioară stângă a toracelui, cam la nivelul unghiului omoplatului, o zonă de submatitate, vibraţiunile toracice sunt mărite. Respiraţiunea la acest nivel, este suflantă şi în inspiraţie se percep raluri umede (subcrepitante fine). Tuşeşte foarte mult, însă nu expectorează. Examinând abdomenul, se constată că este mai sensibil, splina e mai mărită de volum, decât la intrarea în Spital, regiunea splenică mult mai dureroasă.

La 1 Februarie se constată pete lenticulare, atât pe abdomen cât şi mai ales pe părţile infero-laterale ale toracelui. Temperatura ceva mai scăzută, a oscilat între 38^7 şi 38^3.

La 15 Februarie cefalalgia este mai mare, bolnavul are ameţeli, icneli şi este foarte agitat.

La 17 Februarie cefalalgia devine extrem de intensă, încep să apară şi simptome, cari indică o invadare a meningelor de către bacilul lui Eberth, şi anume: bolnavul îşi duce mâinele mereu la cap, văitându-se, are delir cu halucinaţii şi este foarte agitat. Varsă mereu fără a icni şi fără sforţare. Este foarte constipat, urinează puţin. Pântecele este excavat; are un uşor strabism, nistagmus, trismus. Convulsiunile musculare sunt foarte accentuate, având din când în când sguduiri musculare. Fotofobie intensă, bolnavul stând în pat cu faţa opusă ferestrei de unde vine lumina, miozis. Prezintă iperestezie cutanată şi musculară, exageraţia reflexelor cutanate, se constată trepidaţiuni epileptoide, dunga meningitică a lui Trousseau. Respiraţiunea şi pulsul sunt mai accelerate.

La 18 Februarie se face puncţie lombară şi se scoate 6 cm. c. de lichid turbure, care examinat la microscop se constată, că conţine limfocite însoţite de numeroase polinucleare, se mai găsesc şi bacili ce nu ţin Gram, având aspectul bacililor tifici.

Muşchii spatelui sunt contractaţi, redoarea cefei este aşa de pronunţată, încât bolnavul este ridicat ca şi cum ar fi dintr'o bucată. Semnul lui Kernig este foarte pronunţat şi bolnavul nu şade în pat decât încovoiat, ca un cocoş de puşcă.

Temperatura s'a urcat la 40° cu ușoare remisiuni vesperale

La 19 Februarie se constată incontinența urinară și a materiilor fecale, pupilele sunt inegale, dilatate și reacționează rău la lumină. Pulsul este mai rar, temperatura însă se menține ridicată.

Toate aceste fenomene se accentuează din zi în zi și în ziua de 20 Fevruarie ora 12 a. m. bolnavul nostru sucombă.

La autopsie în afară de leziunile clasice ale febrei tifoide: ulcerațiunea plăcilor lui Peyer, tumefierea ganglionilor mezenterici, etc.—leziunile meningelor rachidiene și ale creerului prezintă un interes deosebit. Dedesubtul piei mater atât la măduvă cât și la creer, se vede un puroi verde, care umple toate depresiunile circonvoluțiunilor. Măduva e scăldată în puroi de aceeași culoare. Lichidul cefalo-rachidian e turbure — și în interiorul ventriculilor laterali se văd mici depozite purulente. Puroiul este constituit de leucociți polynucleari conținând puțini microbi fagocitați. Din contra numeroși polinucleari se găsesc în interiorul macrofagilor, ceeace ne indică un proces de supurațiune mai îndelungat. Dar ceeace domină sunt numeroșii bacili, cari nu iau Gramul și pe cari i-am izolat.

Acești bacili prezintă toate caracterele Bacilului lui Eberth—albăstrește Turnesolul și Drygalski—nu face să fermenteze lactoza și e aglutinat de ser tific.

Meningita cu Eberth pur fiind rară, am crezut interesant a raportă acest caz.

Dr. Al. Slătineanu și **Ioan Jianu**, intern.

SIFILIS ȘI TUBERCULOZĂ GENITALA

I. B. 16 ani, ucenic la ferărie. intră în serviciul d-lui dr. Anghelovici — *Antecedente hereditare:* Tatăl trăește, este alcoolic inveterat. Mama a sucombat la nașterea pacientului nostru. Asupra trecutului lor patologic, nu avem date. *Antecedente colaterale* nule.

Antecedente personale: Nu știe, dacă a fost născut la termen, nici epoca când a început să vorbească, când a început să meargă.

N'avem date asupra dentițiunii sale.

Neagă vre-o maladie infecţioasă. N'a avut turburări pulmonare nici abdominale.

Nu găsim un trecut scrofulo-tuberculos.

De vreo şease ani a observat o hernie inguinală dreaptă, însoţită de garguimente.

De trei ani şi-a dat seama de un varicocel drept.

Acum un an a avut câteva accese epileptice.

N'a avut raporturi sexuale.

Nu-şi aduce aminte să fi avut vre-odată leziuni pe tegumente sau la genitale, afară de cele actuale.

Istoricul maladiei actuale datează de vreo trei luni, când în urma mai multor traumatisme primite în regiunea scrotului a observat, că testiculul drept augmentează de volum.

Acum o lună a pipăit o nodozitate indolentă la partea anterioară şi superioară a testiculului drept, nodozitate ce atingând dimensiunile unei nuci acum două săptămâni, s'a ramolit, a ulcerat pielea şi a evacuat conţinutul. Tocmai în ultimul timp a observat, că testiculul drept este coafat de nişte induraţiuni nedureroase.

În timpul evoluţiunii boalei, pare să nu fi avut fenomene generale.

N'a avut dureri lombare, n'a avut hematurii, pyurie, spermatoree, secreţie purulentă pe uretră. N'a avut tenesme vezicale, micţiuni frecuente.

Starea generală: Nu febriciteează. Puls bun.

Puţin desvoltat pentru etatea de 16 ani. Nu prezintă nimic particular pe tegumente.

Paniculul celuloadipos bine desvoltat.

Nimic din partea sistemului limfatic. Asimetrie craniană. Prognatism inferior. Inplantaţie vicioasă a incisivilor. Luetă bifidă.

Nimic obiectiv şi subiectiv din partea aparatului pleuro-pulmonar.

Bătăile cordului nemodificate în ritmul, intensitatea, tonalitatea, timbrul şi frecuenţa lor.

Ficatul nu depăşeşte falsele coaste.

Splina nu este percutabilă.

Nimic din partea tubului digestiv.

Rinichii nu se pot palpà. Urina 1.200 gr. zilnic, nu arată prin examenul calitativ şi cantitativ, nimic anormal.

N'are fenomene vezicale.

Hernie inguinală dreaptă, oblică externă, cu conţinut intestinal, reductibilă.

Varicocel drept.

Starea locală: La partea anterioară şi superioară a bursei drepte se observă o ulceraţiune de mărimea unei piese de 5 lei, perfect orbiculară, cu fundul scobit, acoperit de o materie necrotică, de aspectul gumei de lipit, cu marginile tăiate drept, înconjurate de tegumentele regiunii înroşite şi subţiate.

Ulceraţiunea este aşezată pe o bază dură, ce se continuă în corpul testiculului drept.

Exploraţiunea ulceraţiunii este absolut indolentă.

Testiculul drept are dimensiunea unui ou de găină, regulat la suprafaţă, greu, de consistenţă fermă, turtit lateral, îndreptat ca şi cel opus de sus în jos şi dinapoi înainte.

Epididimul drept ca şi cel stâng este inversat, prezentând coada la partea anterioară şi superioară a testiculului.

Coada epididimului drept are mai multe boseluri indolore, cele mai mari de mărimea unor boabe de porumb, majoritatea dure, câteva moi.

Canalul deferent drept atinge dimensiunile unei pene de gâscă, este dur, moniliform, nedureros.

Prin tuşeul rectal se constată pe lobul drept prostatic o nodozitate de mărimea unei cireşe. Veziculile seminale par indemne.

N'are adenopatie pelviană, nici inguinală.

In faţa acestor leziuni multiple diagnosticul era dificil de stabilit.

De ce natură erà ulteraţiunea de pe scrot? — Solitaritatea şi orbicularitatea perfectă a acestei ulceraţiuni, marginele ei tăiate abrupt, fundul scobit şi acoperit de o materie necrotică de aspectul gumei de lipit, debutul leziunii printr'o nodozitate, ce s'a ramolit, cu timpul, precum şi sediul leziunei la partea anterioară şi superioară a scrotului, impuneau diagnosticul de gomă sifilitică ulcerată, diagnostic confirmat prin tratamentul mercurial; după a II-a injecţiune de salicitat de mercur, ulceraţiunea s'a modificat simţitor şi după a XII-a, adică după un tratament cu 96 ctgr. de salicilat de mercur s'a redus la dimensiunea unui bob de grâu, de unde la intrarea în serviciu aveà mărimea unei piese de cinci lei.

Diagnosticul anatomic al gomei sifilitice:

Din anamneză reiese, că cu vreo trei luni înainte de a-şi face apariţiunea goma sifilitică, bolnavul a observat o augmentare de volum a testiculului drept.

La intrarea în spital s'a constatat această tumefiere a testiculului, în plus s'a remarcat că organul este dur, mult mai greu decât cel opus şi turtit lateral.

S'a mai constatat, că baza ulceraţiunii este însăşi corpul testiculului.

În urma tratamentului mercurial împreună cu ulceraţiunea a retrocedat complet şi tumefacţia testiculului.

Rezultă deci, că avem aface cu o leziune sifilitică sclero-gomoasă ulcerată testiculară.

Ne găsim în faţa unui sifilis dobândit sau hereditar?

Având în vedere, că bolnavul are un trecut comiţial, că este puţin desvoltat pentru etatea de 16 ani, că posedă, asimetrie craniană, prognatism inferior, implantaţie vicioasă a incizivilor, boltă palatină ogivală, luetă bifidă, inversiunea ambilor testicule şi epididime, stigmate distrofice cu multă probabilitate heredosifilitice suntem înclinaţi a spune, *că leziunea testiculului este manifestarea tardivă a unui sifilis hereditar*, mai ales că individul n'a avut raporturi sexuale şi nu ştie să fi avut vre-o leziune, pe care s'o etichetăm drept poartă de intrare pentru infecţiunea sifilitică.

Staza în venele spermatice drepte, precum şi traumatismele primite la nivelul scrotului, punând testiculul în minoră rezistenţă prin defect de circulaţiune, nutriţiune şi poate prin modificări inflamatoare, au contribuit la cantonarea leziunii sifilitice în glanda spermatică. Boselurile de pe coada epididimului puţin dureroase, cele mai multe dure, câteva moi, aspectul moniliform al canalului deferent, nodozitatea lobului drept prostatic, ne făceà, să suspectăm tuberculoza acestor organe.

Ei bine, acest diagnostic a fost confirmat, după ce materia necrotică, gomoasă a leziunii testiculare s'a eliminat şi fundul ulceraţiunii s'a curăţat.

Atunci s'a putut explorà la extremitatea cu totul superioară a ulceraţiunii testiculului un traiect fistulos, ce conduceà direct în *coada epididimului inversat.*

Presiunea exercitată pe coada epididimului făceà să se scurgă prin orificiul fistulei o materie puriformă, cazeoasă, în care s'a găsit bacilul lui Koch şi care inoculată la cobai a dat tuberculoza.

Din cei trei cobai inoculaţi la 1 Noemvrie 1904, doi au murit la începutul lunei Martie 1905, cu tuberculoză viscerală în special a epiploonului, splinei şi ganglionilor limfatici.

Cel de al treilea cobaiu trăeşte şi prezintă o ulceraţiune respunzând la ganglionii inguinali drepţi, ulceraţiune din care se scurge o materie cazeoasă, ce conţine bacili Koch.

Proba cu tuberculină la toţi trei cobaii a fost pozitivă.

Inoculările la cobai au dovedit, că tuberculoza cazului nostru este foarte mult atenuată.

Leziunile epididimului, canalului deferent şi prostatei nesuferind nici cea mai mică modificare sub influenţa tratamentului mercurial, probează că acele leziuni sunt pur bacilare şi nu sunt combinate cu un proces sifilitic, deşi acest proces se găseşte în vecinătate, pe testicul.

Tuberculoza epididimului în cazul nostru este particulară, prin faptul că focarul cazeos s'a deschis la partea antero-superioară a scrotului, iar nu ca de obicelu la partea infero-posterioară a scrotului.

Această anomalie de sediu se explică prin inversiunea organului interesat, prin situaţiunea coadei epididimului la partea anterioară şi superioară.

Suntem datori a face patogenia tuberculozei în acest caz, deşi ea prezintă foarte multe dificultăţi.

1). O infecţiune tuberculoasă venită prin căile urinare dela rinichi uretere, băşică nu se poate admite, de oarece aceste organe nu prezintă nici cea mai mică turburare şi exploraţiunea lor pe cât e posibilă le dă ca normale, admiţând o tuberculoză descendentă; ar trebui ca pe măsură ce am descinde către epididim leziunile să descrească, dar tocmai epididimul prezintă leziunile cele mai înaintate.

2). O infecţiune venită dela veziculele seminale se exclude, aceste organe părând indemne.

3). Raportând nodozitatea fermă de pe prostată la leziunile cazeoase de pe epididim, socotim că infecţiunea nu a venit dela prostată, dar că infecţiunea dela epididim s'a întins la prostată.

4). Bolnavul n'a avut încă raporturi sexuale, aşà că nu poate fi vorba de o infecţie venită din afară pe cale genitală şi transmisă prin uretră sau prin nişte leziuni banale ale penisului.

5). Faptul că goma sifilitică e ulcerată numai de 2 săptămâni şi faptul că leziunile bacilare ale epididimului au ajuns deja la cazeifiicare, exclude posibilitatea unei infecţii din afară făcută la nivelul ulceraţiunei sifilitice.

Cel mult leziunea sclerogomoasă a testiculului şi ulceraţiunea ei au dat bici leziunilor fimice deja existente în stare latentă.

6). Bolnavul are o hernie inguinală dreaptă oblică externă probabil congenitală, aşà în cât o infecţiune pe cale vagino-peritoneală ar fi admisibilă, dacă bolnavul ar fi prezentat sau ar prezentà actualmente fenomene de tuberculoză peritoneală.

7). Din anamneză şi examenul general rezultă că bolnavul n'a avut nici nu are simptome sau semne de tuberculoză, apreciabile aiurea în organism.

Aceasta ne-ar face să eliminăm bine înţeles cu oare-care rezerve, o infecţie venită prin cale sanguină sau limfatică la genitale.

Facem rezerve, pentru că o tuberculoză póte să existe în stare latentă, fără ca să se traducă prin nici un semn sau simptom.

8). In urma acestei analize ne rămâne să ne gândim şi la posibilitatea unei tuberculoze hereditare, lucru extrem de rar, care să admită o infecţiune pe cale transplacentară, mai ales că în vecinătatea leziunilor tuberculoase se găsesc leziuni hereditare sifilitice şi mai ales că organul tuberculos prezintă un viciu congenital, o inversiune.

Dăm această interpretare ca o simplă ipoteză şi mărturisim, că patogenia tuberculozei în cazul nostru nu se póte preciza cu certitudine. În orice caz, staza sanguină în venele spermatice drepte şi traumatismele repetate la nivelul scrotului au avut un rol important în determinarea tuberculozei genitale, după cum acelaşi rol l-au avut faţă de procesul heredo-sifilitic, tardiv, sclerogomos al testiculului.

In acest caz se vede de odată predilecţia ce o are tuberculoza pentru epididim şi sifilisul pentru testicul.

Tuberculoza genitală este destul de deasă. Manifestaţiunile sifilitice ale testiculului chiar şi cele hereditare sunt relativ frecuente, dar coexistenţa de leziuni tuberculoase şi sifilitice este un lucru oarecum rar şi tocmai pentru aceasta am crezut de cuviinţă să relatăm cazul.

LUNA MEDICALA

SOCIETĂȚI SAVANTE STRAINE

ACADEMIA DE ȘTIINȚE DIN PARIS

ȘEDINȚA DELA 27 MARTIE 1905.

J. Baudran.—**Acțiunea permanganatului de calciu asupra toxinelor: tetanică, difterică și tuberculinei.** Autorul a comunicat, nu de mult, experiențele sale asupra neutralizării unor alcaloizi cu stricnină, morfină, etc. Acuma relată o nouă serie de cercetări, cari au dovedit că acelaș corp de care se servise—permanganatul de calciu—modifică toxinele astfel încît ele dobândesc proprietatea de a neutraliza toxinele pure. O serie de cobai, cărora li s'a injectat cîte un $cm.^3$ de toxină pură și de toxină modificată după o tecnică specială, amestecate sau simultan dar fiecare în alt loc sau, în sfîrșit, la 12 ceasuri de interval, au rezistat fără a prezintà cea mai mică turburare. Animalele tuberculoase, la cari s'au injectat cele 2 tuberculine, au supraviețuit martorilor. La unele a scăzut volumul ganglionilor și s'au cicatrizat ulcere.

Trebuesc aproape 0,03 ctgr. de permang. de Ca. pentru a transforma 1 cm^3. de toxină tetanică sau difteritică și 3 gr. (de o sută de ori mai mult) pentru tuberculină.

Bérgonie.—**Acțiunea favorabilă a razelor X asupra adenopatiilor tuberculoase nesupurate.** Acest tratament a fost aplicat la patru bolnavi. Numărul de ședințe a fost în două cazuri de 5, într'unul de 8 și într'unul de 12, cu raze de diferite intensități și la intervale variând de la o săptămână la o lună. Rezultatul a fost regresiunea tuturor ganglionilor tratați, cari însă rare ori au dispărut cu totul. Ganglionii vecini fiind apărați de raze n'au fost modificați. Deși uneori regresiunea se făceà repede nu s'a obsevat nici o consecință asupra stării generale a bolnavilor.

Radiațiunile cele mai eficace par a fi acelea cari dau naștere la o inflamație apreciabilă a pielei.

Paul Berger.—**Un caz de osteomalacie terminat cu retrocesiunea spontană a leziunilor.** Procesul a debutat în 1895, în urma unei osteotomii pentru genuvalgum, prin ramolirea și încovoiarea oaselor gambelor, propagîndu-se în doi ani la femure, la basin și la membrele superioare. În 1898 diformația corpului întreg erà cumplită. N'au rămas indemne nici craniul, nici fața. Talia a scăzut dela $1^m,57$ la $0^m,95$.

Radiogramele nu descoper nici o factură.

Pînă în 1899 imobilitatea a fost completă, afară de cap și de brațul drept cari pastrase oareşicare mişcări de reptaţie. Dela acea epocă mobilitatea a început să revie gradat în braţe şi, în parte, în membrele inferioare. Starea generală s'a îmbunătăţit mult. Autorul atribue această schimbare unui proces de recalcificare a scheletului, lucru ce se poate constată pe o serie de radiograme nouă. Toate tratamentele au fost inutile şi tendinţa la vindecare s'a manifestat de sine. Radiogramele au descoperit două calcule în beşică şi unul în rinichiul stâng, datorite de sigur eliminaţiilor calcare, această complicaţie a osteomalaciei încă nu fusese semnalată. G. Z. P.

Şedinţa dela 10 Aprilie 1905.

F. Maignan. Despre prezenţa normală a alcoolului şi a acetonei în ţesuturile şi lichidele organismului.

Făcând o nouă serie de cercetări, Maignan a găsit alcool şi acetonă, în stare normală şi în mod constant în toate ţesuturile, în sânge şi în urină. Animalele alese au fost: câinele, calul şi cobaiul. Autorul scoteà fragmente de ţesut din animal viu şi le opăreà imediat, ceea ce îi permite a fi sigur că alcoolul şi acetona găsite erau preformate în ţesături din timpul vieţii. Iată câtevà cifre:

	Câine de 1 an.		Câine de 1 an jumătate.		Câine bătrân.	
	Alcool	Acetonă	Alcool	Acetonă	Alcool	Acetonă
Muşchi	31mm^3	2,5mm^3	27mm^3	6,2mm^3	62mm^3	40 mm^3
Cord	22	3,3	34	9,1	80	88
Ficat	18	3,7	28	5,0	140	35
Rinichi	19	4,5	45	12,3	80	55
Plămâni	15	1,7	„	„	„	„
Creeri	16	1,2	24	2,5	105	66
Sânge	21	2,1	16	4,9	18	4,1
Urină	17	2,3	28	7,8	26	4,4

(Aceste cantităţi corespund la 1.000 gr. de ţesut sau 1.000 cm^3 de lichid.)

R. Lépine şi **Boulud.** Despre reducerea oxyhemoglobinei.

Nota prin care Profesorul Jaboulay din Lyon a semnalat cât de îndelung a ţinut reducerea oxyhemoglobinei într'un caz de şock chirurgical (în urma unei anestezii prelungite), a împins pe autori să cerceteze în mod metodic dacă un agent reductor, totdeauna acelaş şi în cantitate exact proporţională cu a hemoglobinei, reduce, tot în acelaş timp, oxyhemoglobina din diferite specimene de sânge anormal. Cu o technică pe care au găsit-o mai precisă, au ajuns la următoarele constatări: 1) Timpul de reducere a oxyhemoglobinei din sângele arterial al unui câine normal variază în general între 18 şi 20 minute. 2) Acest timp rămâne acelaş dacă în sânge diluat cu apă fiartă ($^1/_2$, $^1/_4$) se adaogă o cantitate proporţional scăzută de reactiv. 3) In anemie, bine-înţeles cu o cantitate de reactiv proporţională cu a hemoglobinei, timpul reducerei este foarte prelungit. 4) Acelaş efect îl are inhalaţia prelungită de cloroform şi de eter. 5) Infecţia sângelui cu diferiţi microbi şi anume cu un stafilococ foarte virulent, producând o reacţiune febrilă puternică, a părut autorilor a nu aveà nici o influenţă. 6) In sângele venos timpul de reducere este în general cu trei minute mai scurt decât acela din sângele arterial.

La om încercarea se poate face cu uşurinţă, scoţând printr'un ac sterilizat 5 cm^3, de sânge dintr'o vână. Timpul de reducere la anemici ajunge, după observaţiunile autorilor, la 40, 50 şi chiar 60 minute. G. Z. P.

ŞEDINŢA DE LA 17 APRILIE 1905.

F. Maignan. **Producerea de alcool şi acetonă de către muşchi.** In urma rezultatelor din nota precedentă, autorul s'a întrebat dacă protoplasma animală este în stare de a săvîrşi fermentaţia alcoolică a glucozei, după cum o săvîrşeşte protoplasma vegetală. Scopul ce şi l-a impus mai întâiu, în cercetările sale, a fost studiarea variaţiunilor alcoolului şi acetonei într'un ţesut izolat din animal viu şi pus în condiţiuni cari-i permit să supravieţuiască.

Muşchi de câine ţinuţi în timp de 4 ceasuri pînă la 16 zile, într'o soluţie de fluorură de sodiu $^1/_{100}$, în etuvă la 38°, au produs şi alcool şi acetonă. Dar pe cînd acetona creşte mereu, alcoolul, în primele zile creşte, pe urmă scade. Ţesuturile animale pot, prin urmare, să distrugă alcoolul ce l-au produs dar nu pot simplificà molecula acetonei. In totdeauna autorul a găsit acid acetic în ţesuturi. Este aşà dar probabil că alcoolul dispare, fiindcă se oxidează în mod direct sau indirect. Oxidaţia ulterioară a acidului acetic trebue să producă acid carbonic şi apă. Producţiunea alcoolului trebue considerată, prin urmare, ca un mod de distrugere al glucozei.

Charrin şi Moussu. **Funcţiunea biligenică a splinei.** Numeroase experienţe făcute pe câini, porci şi iepuri de casă, dovedesc că pe lângă funcţiunea marţială pusă în evidenţă de cercetările anterioare ale acestori autori, splina îndeplineşte şi o funcţiune biligenică. Autorii fac o fistulă în fundul băşicii fierii şi stabilesc compoziţia acesteia. Apoi imediat sau după opt sau cinsprezece zile, fac splenectomia. Repede, dar mai ales după o săptămână, bila devine mai apoasă (95 în loc de 83$^0/_0$) şi mult mai săracă în materii minerale (0,6 în loc de 1,2$^0/_0$) şi în materii organice (3 în loc de 15$^0/_0$). Pigmenţii sunt foarte scăzuţi şi extractul uscat 3,20 în loc de 16$^0/_0$. In afară de splenectomie compoziţia bilei, deşi variabilă, nu ajunge nici odată la asemenea proporţii. Nu poate fi vorba de o inhibiţie a activităţii hepatice datorită şocului operator, căci dacă se injectează sânge în peritoneu sau sub piele, lichidul fistular îşi recapătă coloraţia. Cu timpul se pot produce supleanţe şi modificaţiile dispar. După concepţia autorilor, în parenchymul splinei se petrece hemolysa hematiilor bătrîne şi principiile lor constituante, pigmenţii materiei organice şi minerale se duc prin vena splenică în sistemul capilar al ficatului, de către care sunt transformate mai departe. G. P. Z.

SOCIETATEA MEDICALĂ A SPITALELOR DIN PARIS.

ŞEDINŢA DELA 10 MARTIE 1905.

Raymond Bernard (din Val de Grâce). A propos de la Grippe. (*Semaine médicale*, 15 Martie 1905).

Acest autor susţine, că gripa nu este decât un sindrom, o inflamaţie catarală, ne specifică, care poate fi provocată de către diferiți microbi După Raymond Bernard s'ar distinge: 1) Gripa influență, al cărei germene e necunoscut 2) Gripa cu pneumococi, care este o afecțiune sezonieră; 3) Gripa cu streptococi tot sezonieră și frecuentă mai ales în armată; 4) Gripa cu bacili Pfeiffer, pe care nu trebue să o confundăm cu gripa (influență); 5) în fine gripele nenumite, datorite acțiunii tuturor microbilor căilor respiratorii susceptibili de a-și exaltà virulența în serii epidemice.

Această concepțiune a gripei permite de a împăcà opiniunile clinicienilor cu acelea ale bacteriologiștilor; dacă cei dintâi au dreptate când susțin multiplicitatea formelor și a localizațiunilor gripei, cei de al doilea sunt în drept uneori să se îndoiască de specificitatea acestei afecțiuni, pentru-că o singură leziune, catarul, este consecința acțiunii microbilor banali.

Comby face observația că, dacă bacteriologia nu este o călăuză prețioasă pentru a stabilì realitatea gripei ca o boală specială, clinica arată cu toate acestea că această boală are o contagiozitate și o epidemicitate specială și, pe de altă parte, un simptom cu totul important, și anume: atacarea sistemului nervos. La copii în special, se observă foarte des convulsiuni.

Raymond Bernard obiectează pe de o parte că epidemicitatea și contagiositatea nu implică unicitatea germenului în cauză și pe de altă parte, că din punctul de vedere clinic, gripa streptococică poate să se însoțească de fenomene nervoase intense ca și gripa (influență).

Bezançon separă gripa sezonieră sau catarul sezonier, căruia i se dă numele de gripă în momentul când acest catar se prezintă cu o frequență puțin insolită și care e datorită exaltații virulenței microbilor oaspeți comuni ai cavității buco-faringiene, de gripa adevărat epidemică apărută în 1837 și 1889. Atunci s'a arătat sub formă de mari pandemii, dar în afară de acest caracter de contagiozitate așà de caracteristic, oare s'a prezintat ea cu caractere clinice bine precizate? Autorul se îndoește, căci citind descripțiunile făcute se notează un polimorfism foarte mare. Cum, această gripă epidemică nu are caractere bacteriologice specifice, și se găsește cutare sau cutare germen exaltat în virulența sa, pare prematur să afirmăm că este vorba acì de o boală bine izolată. Deci în patogenia gripei, ne izbim de incompatibilitățile următoare: sau că gripa pe de o parte, este o maladie specifică cu microbi necunoscuți și atunci nu se explică cum se traduce clinicește prin manifestațiuni morbide așà de banale și disparate și găsim în scuipat aceiași germeni ca în infecțiunile sezoniere banale, sau că gripa nu este decât o afecțiune sezonieră epidemică și atunci nu ne putem explicà marile pandemii analoge pestei și cholerei, care le caracterizează indiscutabil.

Syredey susține că natura specifică a gripei nu poate fi demonstrată bacteriologicește, nimenea nu o contestă, dar crede că e dificil de a ne face o idee de gripă, citind descripțiunile tutulor autorilor există contradicțiuni, dar medicii cari au asistat la epidemia din 1889 au avut impresia și convincția că erà vorba de o maladie a parte, cît despre micile epidemii sezoniere observate aproape în toți anii dela această epocă, pare imposibil în starea actuală de a puteà spune dacă este vorba de gripa epidemică sau e resultatul exaltațiunii virulenței microbilor, catar sezonier având forma gripală.

Mènétrier susține că marile simptome date ca făcând originalitatea gripei sunt: debutul brusc, fenomenele nervoase, epidemicitatea. Ori pneumococia poate determină neîndoios cele 2 prime din aceste semne. Cât despre epidemicitate este de observat că e preparată de cauze atmosferice. Într'o epidemie dela St. Petersburg, unde 50.000 persoane au fost atinse, s'a notat o bruscă schimbare de temperatură de 30° aproape. Nu trebue să ne suprindă că atunci microbii oaspeții obișinuiți ai căilor respiratorii se resimt și ei de aceste modificări. Variabilitatea virulenței pneumococului salivar fiind bine cunoscută dela lucrările lui Netter.

P. GAL.

SOCIETATEA PENTRU MEDICINĂ (BERLIN)

ȘEDINȚA DELA 3 APRILIE 1905.

Katzenstein: Își expune o metodă nouă, care-i aparține, asupra examenului funcțional al cordului.

Albu: Demonstrează un calcul biliar, greu de 49 grame, mare cât un ou de găină, eliminat pe cale naturală. Cu 7 ani înainte bolnavul avusese colici hepatice. Acum un an o peritonită circumscrisă. Acum 3 luni o tumoră în abdomen (calculul în colon) și peste câtva timp s'a putut extrage manual din rect.

Benda, Becher, Bloch, Fränkel, Albu, etc.: continuă discuțiunea asupra apendicitei (cauză, profilaxie, tratament.)

C. I. M.

SOCIETATEA DE OBSTETRICĂ ȘI GYNECOLOGIE.

ȘEDINȚA DIN 17 NOEMBRIE 1904.

Vydrine. (M. L.) Adrenaline en gynecologie.

Autorul a întrebuințat adrenalina în soluțiunea de $^1/_{000}$ ca hemostatic în patru cazuri (două hemoragii profuze în cursul endometritelor și două în cursul laparatomiei). El făcù badijonaje cu această soluție și hemoragia fù oprită.

Autorul a mai întrebuințat adrenalina pentru augmentarea acțiunei analgesice a cocainei. În acest scop adaogă 2 picături de adrenalină la fiecare seringă Pravaz de soluție de cocaine 0,5%. Astfel în cât perineorafii, grație injecțiunii de 2—3$^1/_2$ seringi Pravaz cu cocaină (IV—VII picături de adrenalină), operațiunea a fost practicată fără dureri și fără pierderi de sânge.

TRANCU-RAINER.

SOCIETĂȚI SAVANTE ROMÂNE

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE.

ȘEDINȚA DELA 31 MARTIE 1905.

sub Președința D-LUI DR. BĂRDESCU, Vice-președinte.

D-l Profesor dr. Petrini-Galați prezintă un student în vârstă de 19 ani, cu stigmate de eredo-sifilis aparente prin diformațiuni dentare ale caninilor și incisivilor inferiori și superiori și turburări cerebrale. Pe acesta s'a grefat o nouă infecţiune sifilitică: Şancru sifilitic manifest şi excesiv de mic, fără induraţie la meat, adenopatie inguinală indolentă dreaptă, rozeolă sifilitică, sifilide erozive palatine şi anale. Discută dacă sifilisul ereditar provine dela tată sau tată mare şi admite că provine dela aceasta din urmă bazat pe antecedentele colaterale, căci din 7 fraţi, ai tatălui său, doi s'au sinucis iar restul au fost atinşi de alienaţie mintală. Clasează cazul printre sifilisurile binaria şi spune că este o reinfecţiune, cari de altfel sunt foarte rare. Sifilisul hereditar i-a dat o imunizaţie nu suficientă însă pentru a nu se reinfectă. In cazul când acest student s'ar căsătorì acum, soţia sa ar aveà avorturi, căci cazul trebue luat ca şi când ar fi vorba de un sifilis dobândit.

D-l dr. Niculescu crede că leziunile dintare n'ar fi sifilitice. Astăzi se crede că pot survenì din cauza pirexiilor, a maladiilor infecţioase, a convulsiunilor ce un copil pote aveà în timpul creşterii dinţilor, şi d-nul Sollier crede că se poate chiar precizà vârsta la care copilul a suferit de asemenea afecţiuni după leziunile dintare. Elementul nervos joacă mare rol în producerea acestei deformaţiuni.

Observă încă că gura bolnavului e plină de tartru ceea ce este o contra indicaţie pentru tratamentul mercurial şi crede că ar fi necesar să i se cureţe dinţii de tartru mai întâiu.

D-l Profesor Petrini-Galaţi, zice că deformaţiunile dentare sunt tipice şi că le dă şi Edmond Fournier în tratatul său ca atare.. Nimic nu poate produce aceste deformaţiuni. Cât pentru tartru el nu este o contra indicaţie a tratamentului specific.

D-l dr. Bacaloglu prezintă în numele d-lui prof. Stoicescu şi al său, doui bolnavi atinşi de maladia lui Addison la cari s'a prescris tratamentul opoterapic. La unul din ei acest tratament a dat rezultate frumoase, bolnava începând a se înviorà, la celălalt un bărbat, nu s'a putut continua prezentând intoleranţă.

La discuţia generală vorbeşte *D-l dr. Bărdescu,* e de părere că bolnavul care a avut intoleranţă pentru tratamentul opoterapic ar puteà fi tratat cu adrenalină. In America aceasta se întrebuinţează şi ca reacţie.

D-l dr. Graçoski întreabă dacă s'a luat tensiunea arterială înainte şi după tratamentul opoterapic.

D-l dr. Atanasiu-Vergu crede că s'ar puteà încercà adrenalina.

D-l dr. Bacaloglu declară că nu s'a luat tensiunea arterială. Adrenalina nu crede că-i bună din cauza accidentelor la cari dă loc.

D-l dr. Bărdescu, prezintă un bolnav care prezintă o adevărată infirmitate din cauza luxaţiunilor repetate a articulaţiei scapulo-humerale drepte varietatea sub-coracoidiană. D-sa a intervenit a găsit un sac pe faţă interioară a capsulei, a făcut o plicatură şi a cusut-o de inserţia bicepsului şi a coracobrachialului. Bolnavul 1-iu operat de un an nu prezentă nici o recidivă, articulaţia e liberă sunt numai 13 cazuri cunoscute în ştiinţă dintre cari două ale d-lui dr. Bărdescu. Celalt caz e operat mai de mult şi nu a avut nici o recidivă.

D-l dr. Atanasiu-Vergu aduce observaţia unei bolnave cu reumatizm cronic deformat care a urmat toate tratamentele fără nici un rezultat şi la care a avut rezultat satisfăcător prin tratamentul cu tiroidină. Tumefacțiile articulare au diminuat, durerile au dispărut, bolnava merge bine și e veselă.

D-r Stavrescu.

REVISTE ȘI PUBLICAȚII STREINE

ANATOMIE ȘI ISTOLOGIE NORMALĂ

Bouin et Ancel, La glande interstitielle du testicule et la défense de cet organisme. Hypertrophie ou atrophie partielle, etc. *(C. R. Société de Biologie* No. 12, 1905).

Autorii au demonstrat în mod magistral că glanda interstițială a testiculului joacă un rol determinant asupra organelor genitale externe și asupra „învigorării“ organismului.

Examinând testiculul la indivizii morți de Pneumonie sau Tuberculoză, autorii constată de cele mai multe ori o ipertrofie a glandei interstițiale.— Din contra, la indivizi morți de boli cachectizante se vede o atrofie. Studiind experimental asupra cobailor efectele intoxicațiunilor și infecțiunilor, autorii constată o ipertrofie în momentul debutului intoxicații-ipertrofice, pe care autorii o interpretează (prin analogie) ca o apărare a organizmului. Din contră se constată atrofia glandei în cazurile de infecție repede (cărbune) sau intoxicație supra-acută (destrucția supra-renalelor).

A. S.

Jolly, Sur la formation des globules rouges des mamifères. *(C. R. Société de Biologie* No. 12, 1905).

Autorul partizan al teoriei lui Neumann (formațiunea globulelor roșii din globule roșii nucleate) găsește examinând guzganii noi născuți — alături de globule roșii nucleate — o serie de hematii conținând un mic corp sferic colorabil prin culori bazice, compact, fără structură, absolut distinct de granulațiile bazofile sau de nucleoizi, cari au fost descriși în hematiele adulților.

Autorul crede că acești corpi provin din atrofia nucleului.

A. S.

DERMATOLOGIE ȘI BOLI VENERIENE

Prof. Ch. Audry (din Tuluza). *(Annales de dermatologie et de syphiligraphie).* Martie 1905, pag. 238). ur quelques altérations cutanées duęs à l'enveloppement humide. (Sudamina de macération).

Starea pseudo-veziculoasă bine cunoscută, caracterizată printr'un mare număr de puncte albicioase cari, pe lângă roșeața difuză a pielei și numeroasele celule mai mult sau mai puțin lameloase, aderente sau nu, acumulate în urma descuamației, se dezvoltă sub un pansament umed de oareși care durată, a fost studiată cu ajutorul unei biopsii de către autor, care credeà că punctele acelea ar fi beșicuțe.

Rezultă, din preparatele foarte clare ce le-a făcut, că în realitate avem aface cu niște grămezi de leucocite, adunate în cavități anormale ocupând diferite etaje ale epidermului, dar în totdeauna la orificiul extern al unui canal sudorifer. Stratul descuamant ce le acoperă este compus din foi lungi, aderente pe alocurea, aiurea independente, dar mult mai numeroase ca de obiceiu; păturile mai din adâncime prezintă uneori nuclei turtiţi. Cavităţile cele mai superficiale sunt căptuşite cu un strat de elemente keratinizate, cele mai adânci sunt dezvoltate în grosimea stratului mucos, sunt căptuşite lateral de celule malpighiane lunguețe şi subţiate, îmbâcsite de polinucleare formând o teacă regulată la toată periferia. Baza cavităţii nu este despărţită de sticloasa dermului decât prin două sau trei planuri de aceleaşi celule turtite şi deformate Aceste deformaţii sunt de origină mecanică, iar teaca de leucocite dela periferie este produsă, în urma distensiunii pereţilor, printr'un proces de diapedeză din afară înăutru. După toate aparenţele leucocitele se trag chiar din glomerule şi vin pe calea canalului sudorifer iar nu prin diapedeză transepidermică. Nu există nici o alteraţie a bazalei, nici a corpului mucos, nici a stratului granulos. Dermul în general este intact, totuşi vasele papilei şi stratului subpapilar sunt dilatate şi există împrejurul lor o infiltraţie leucocitară mijlocie.

În definitiv pseudo-veziculele nu sunt decât nişte *porokisturi sudorale,* în total asemenea cu sudaminele miliarei cristaline (Unna). Fenomenele congestive (roşeaţa şi edemul uşor) traduc iperactivitatea periglomerulară, iar ivirea porokisturilor depinde de abundenţa sudoriparelor, rezistenţa stratului cornos şi alte condiţiuni anatomice ale regiunii. Procesul general este retenţia sudorală şi poate ‚iperidroza reflexă *Pansamentul umed este aşà dar un procedeu de sudaţiune artificială.*

Galewsky (Dresden). **Über Eucalyptus-Dermatitiden.** (Despre dermatite eucalyptice). *(Dermatologische Zeitschrift,* Ianuarie 1905).

Sunt destul de dese dermatitele datorite fricţiunilor cu esenţă de eucalypt, întrebuinţarea acesteia fiind răspîndită ca desinfectant, ca mijloc antinevralgic şi în reumatism. In urma unei asemenea fricţiuni şi anume după patru zile, autorul a observat o erupţie de papule mititele insoţită de mâncărime violentă Cu un tratament apropriat, erupţia dispărù curând.

Sunt însă mai interesante cazurile de dermatite datorite numai atingerii cu mâinile a plantei *(Eucalyptus globulus),* sau şederii în odăi în cari se află un eucalypt. Autorul a observat, în acest din urmă caz, o damă atinsă de o dermatită a locurilor descoperite, întinzîndu-se şi la ceafă şi piept, compusă din plăci de urticarie de diferite mărimi, despărţite unele de altele prin câtevà pete erytematoase. Erupţia se ameliorà de câte ori bolnava se depărtà de acasă şi se agravà când se întorceà şi mai ales când şedeà într'o cameră anumită. In această cameră, autorul a găsit crăci de eucalypt dispuse ca decoraţie şi le acuză de a fi provocat răul. După plecarea sa, o servitoare, pentru a probà stăpînei sale că medicul n'aveà dreptate, îşi frecă mîinile cu crăcile de eucalypt. După o jumătate de oră prezintà aceeaşi erupţie. Aceste dermatite s'au vindecat destul de anevoe.

Autorul nu-şi poate închipuì ce conţine eucalyptul, care să producă erupţii. Citează apoi o serie de plante semnalate de **Hoffmann** (Privatdozent în Berlin) ca putînd provocà aceleaşi accidente şi anume: *Chrysanthemum indicum, Scilla maritima, Thuja occidentalis, Anacardium orientale şi occidentale.* **Hopf** (Dresda) a raportat cazul unei dermatite la un grădinar provocată de pătlăgele roşii. Este prin urmare probabil că un mare număr de cazuri de eryteme şi eczeme de cauză necunoscută se datoresc unor asemenea plante iritante.

G. Z. P.

O. Meyer: Ueber Anwendung der Pikrinsäure bei Ekzem. *(asupra întrebuinţării acidului picric în Eczemă).* (Unterelsässischer Aertzeverein).

O pastă obicinuită, căreia se adaogă $^1/_4$—$1^0/_0$ acid picric; se întrebuinţează, după datele autorului, în orice fel de eczemă, cu proprietăţi dezinfectante, astringente şi epidermizante. Nici un dezavantagiu; experimentările autorului au avut toate succes şi au fost făcute în clinica Universităţii din Strasburg.

C. I. M.

Dr. Lacapère. La leucoplasie. *(Arch. génér. de médicine* 25 Aprilie 1905).

Autorul îşi întemeiază studiul său pe 85 cazuri observate la clinica Spitalului Saint-Louis din Paris (1902—1904).

Se admite azi de mulţi că sifilisul este elementul cauzal primitiv şi necesar al leucoplaziei, $80^0/_0$ din cazuri evoluiază pe sifilitici (Fournier). Profesorul Gaucher complectează acest rezultat admiţând, că leucoplaziile, socotite odinioară ca nesifilitice, aparţin azi indivizilor, cari ignorează sifilisul lor fie că accidentele au fost slabe, fie că leucoplazia este prima manifestaţiune în cursul unui sifilis concepţional latent (cas Landouzy, Gaucher şi Barbe). Autorul confirmă prin noui fapte aceste date.

Din cele 85 cazuri observate, 63 se referă la bolnavi, cari recunosc sifilisul şi dintre aceştia 23 prezintă odată cu leucoplazia şi alte manifestaţiuni neîndoelnice de sifilis.

A 2-a categorie cuprinde 22 cazuri de sifilis ignorat. Dintre aceştia în 8 cazuri se constată şi alte leziuni concomitente specifice, în 9 deşi nu e urmă de sifilis, totuşi se influenţează în mod favorabil de tratamentul mercurial. Rămân numai 5 cazuri, cari aparent sunt în afară de sifilis. Lacapère arată că şi acestea sunt de natură specifică şi nu prezintă deocamdată decât leucoplazia ca manifestaţiune. Autorul combate apoi pe aceia cari nu admit sifilisul în etiologia leucoplaziei.

După prof. Fournier unii disting de leucoplazie oarecari manifestaţiuni scleroase numite plăcile fumătorilor aşezate mai ales la comisurile buzelor numite pentru aceasta şi *plăci comisurale* (Fournier). Alţi autori nu vor să admită sifilisul pentru că nu găsesc bolnavilor nici antecedente, nici accidente sifilitice. Lacapère respinge această aserţiune cu o profusiune de exemple scoase din cazurile sale şi din care reiese, că un examen amănunţit şi o anchetă iscusită în trecutul bolnavului decelează aproape în unanimitatea cazurilor natura specifică a acestei maladii. Rămâne însă unele cazuri, cari par a afirmà această etiologie. Se citează faptul existenţei unei leucoplazii înainte de căpătarea unui şancru îndurat urmat de accidente tipice. Infirmare aparentă! Leucoplazia accident atenuat al sifilisului leziune parasifilitică, după prof. Fournier, se poate arătà şi la heredo-sifilitici, ca orice accident hereditar şi se mai ştie încă odată un fapt, că heredo-sifiliticii pot foarte bine să capete un şancru îndurat.

Intrând în patogenie, autorul constată, că mai toţi sifiligrafii în cap cu Fournier admit, că leucoplazia este un accident foarte tardiv al sifilisului; în rare cazuri este o manifestaţiune a perioadei secundare. Lacapère susţine, că din contră, este foarte frecuentă în această din urmă perioadă:

«*Je dirais presque que c'est la régle*». Din cele 63 cazuri de sifilis mărturisit 11 aveau odată cu leucoplazia şi alte manifestaţiuni secundare, deci o proporţiune de 17%. Din aceşti 11 bolnavi, 7 prezintau o transformare in situ a unor plăci mucoase în leucoplazie, în cât Lacapére poate afirma, că plăcile mucoase sunt chiar origina leucoplaziei. Printre lencoplaziile tardive (terţiare) sunt unele a căror origine este secundară şi au aceeaşi patogenie. Se ştie, cât de rebele tratamentului sunt uneori leziunile perioadei secundare ale limbei şi decâte ori nu reapar plăci mucoase în timpul perioadei terţiare fapt care a determinat pe unii autori să afirme, că placa mucoasă aparţine tutulor perioadelor sifilisului (Hillairet).

Astfel stând lucrurile, nici localizarea leucoplaziei la comisura buzelor, nici lipsa lor acolo unde plăcile mucoase sunt frecuente (vălul şi pilierii palatini nu sunt probe, cari să pledeze contra ipotezei că leucoplazia rezultă din plăci mucoase recidivante.

Sunt plăci mucoase cu caracterele leucoplaziei comisurale, linguale etc., şi dacă aceasta apare mai des pe buze, limbă etc. este incontenstabil că tutunul, substanţele iritante, contracţiunile continue a muşchilor subjacenţi favorizează producerea ei în aceste regiuni ca şi aceia a plăcilor mucoase recidivante.

In definitiv Lacapère conchide că leucoplazia are ca origină sifilisul, iar producerea ei este condiţionată: *a)* de existenţa plăcilor mucoase recidivante şi *b)* de inflamaţiunea cronică a regiunelor ulcerate prin iritaţiunele continue produse în primul rând de tutun, alimente iritante, alcooluri etc. şi apoi de mişcările neîncetate imprimate mucoasei de contracţiunile muşchilor subjacenţi.

VR.

FIZIOLOGIE NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ

Doyon, Morel, Kareff, Action du phosphore sur la coagulabilité du sang. Origine du fibrinogène. *(C. R. Soc. de Biologie,* No. 11, 1905).

Studiând intoxicaţia lentă cu Ph, autorii remarcă că în urma degenerării ficatului, fibrinogenul dispare din plasmă şi sângele devine incoagulabil.

După ei, dispariţia fibrinogenului este consecinţa leziunilor hepatice.

A. S.

Arm. Sirede şi **M. Francillon.** Recherches sur les modifications de la pression artérielle au cours de la menstruation. *(Soc. méd. des hôpitaux de Paris,* 7 avril 1905.)

Autorii au studiat cu sphygmomanometru lui Potain presiunea arterială la 31 femei, atât în timpul perioadei menstruale, cât şi în intervalul dintre menstrue. Au constatat că presiunea se ridică în genere brusc în prima zi a regulelor, se accentuează timp de 2 zile şi apoi scade de asemenea brusc sub normală pentru a veni la medie după 2—3 zile. Aceste fenomene sunt mai exagerate la neuro-artritice şi în apropierea menopauzei.

Ele explică după autori eretismul cardio-vascular, congestiunile și diferitele fenomene clinice, ce se observă în asemenea ocaziuni.

Cauza ipertensiunei ar fi un reflex vaso-motor, plecat dela aparatul genital precum și diferite secrețiuni glandulare provenite dela organele genitale și influențând sistemul vaso-motor.

BARONCEA.

GYNECOLOGIE ȘI OBSTETRICĂ

J. A. Doléris. La Bartholinite et son traitement. *(La Gynécologie,* 1905, Februarie.)

Relevez din această conferință ținută la spitalul Boucicaut, tratamentul lui Doléris care este mai lesne de executat decît extirpația glandei uzitată în general.

Iată în ce consistă acest tratament:

1) Inciziunea largă și în sens vertical a suprafeței cutaneo-mucoase, spălarea cavității și examenul ei, dacă nu sunt în profunzime lobuli indurați;

2) Cauterizarea cu termocauterul a păreților cavității, la o profunzime de câțiva milimetri menajând buzele inciziei. Presărarea păreților cavității carbonizate cu un amestec de pulbere de iodoform și dermatol;

3) Se așază în plagă în sens vertical un tub de dren cu un diametru cam de 3 m. m., iar deasupra acestui tub de dren se suturează marginile inciziei cu crin de Florența;

4) Se face un pansament aseptic și se izolează regiunea pentru a evită contactul urinei și a secrețiunilor utero-vaginale. După câteva zile părțile carbonizate se elimineazǎ prin tubul de dren.

Dela a zecea zi nu se mai scurge decât o serositate groasă. Cavitatea se retractă încetul cu încetul, așà că după câteva zile se suprimă și drenul.

Procedeul este simplu, posibil de executat de toți, în timp ce enuclearea este și mai grea și mai lungă și poate aduce deschiderea pungei sau emoragii abundente. Doléris l-a întrebuințat totdeauna cu succes.

DR. TRANCU-RAINER.

L. Goth. Das Aspirin in der gynäkologischen Praxis. (Aspirina în practica gynecologică). *(Medicin Blaetter,* Februarie 1904.)

Autorul întrebuințează aspirina ca un calmant al afecțiunilor gynecologice și conchide că: aspirina lucrează ca foarte bun analgesic în cancerul inoperabil al uterului, în diferitele dysmenorei.

Calmează repede și fără rele consecințe rosurile cari se produc în timpul alăptării, după curetaj, după orice tratament intra-uterin cum și durerile cauzate prin supurațiuni. Ea este mai puțin eficace în durerile produse de inflamațiile blenoragice.

Dacă efectul nu s'a produs în urma a patru doze de 50 centigrame, atunci nu se mai produce.

In cancer întrebuințează doze de câte *un gram*.

DR. TRANCU-RAINER.

F. Tredgold. Cas de violente hémorragie de la puberté traité avec succès par l'extrait surrénal. *(Brit. Gynec. J.,* nov. 1904.)

E vorba de o fetiţă în vîrstă aproape de 14 ani, care are o menoragie aşà de abundentă în cît prezintă fenomene grave de anemie.

Opiul şi ergotina fură fără efect apreciabil. Atunci i se prescrie XV gute din soluţiunea normală de adrenalină cu X gutte de tinctură de canabis indica, de luat la fiecare două ore.

După a doua doză starea bolnavei se ameliorează. Totuşi numai după 48 ore tratamentul fu suficient. Convalescenţa fu înceată. Bolnava continuă a aveà menstruaţie absolut normală.

Dr. Trancu-Rainer.

IGIENĂ ŞI TERAPEUTICĂ

G. Moussu. Les qualités du lait des vaches tuberculeuses. *(C. R. Société de Biologie* No. 7 1905).

Din experienţele autorului reese că vacile tuberculoase, deşi fără leziuni de mamită tuberculoasă, totuşi sunt periculoase ca producătoare de lapte. Aşà făcând să sugă 5 viţei la vaci tuberculoase (fără leziuni de mamită) 2 din 5 s'au tuberculizat.

A. S.

Ed. et Et. Sergent. Etudes épidémiologiques et prophylactiques du paludisme en Algérie en 1904. *(Ann. Inst. Pasteur,* XIX, 1905, 129.)

Autorii insistă asupra noţiunii, dejà clasice, că într'o regiune impaludată, adevăratul focar de endemie palustră este însuşi bolnavul atins de friguri. Citează mai multe cazuri unde isbucnirea acceselor palustre în anumite localităţi a coincidat cu venirea în aceste localităţi a unor marocani impaludaţi şi angajaţi pentru munca câmpului. În unele cazuri, paludismul a încetat printre Europeni împreună cu plecarea unor familii de indigeni impaludaţi. Bolnavul infectat reprezintă deci rezervorul de unde se infectează ţânţarii (anopheles), cari la rândul lor infectează pe indivizii sănătoşi. De altmintrelea se ştie, că în multe localităţi anophelesul există fără ca să existe şi paludismul.

Deseori, şi ca obiecţiune făcută teoriei anopheliene, s'a negat prezenţa anophelesilor în unele localităţi impaludate. Ori prezenţa anophelesilor poate foarte bine să treacă neobservată prin faptul că înţepătura lor este de abià dureroasă, comparată cu aceea a culexului sau a stegomyei.

Pentru autori, măsura cea mai eficace pentru distrugerea impaludismului este suprimarea rezervorului infectat, adică a bolnavului, aceasta prin chininizare preventivă aplicată în mod sistematic. Ei preconizează administrarea zilnică a unei doze de 0 gr. 30 centigr. de sulfat de chinină, absolut inofensivă şi mai bine suportată decât dozele masive administrate, precum vreà Koch, la 10 zile.

Intre alte observaţiuni interesante, ei confirmă faptul că anophelesul nu se depărtează nici odată la o distanţă mai mare de 2 kilometri de apele unde se desvoltă larvele.

I Cantacuzino

Paul Sommerfeld. Uber Formalinmilch (Asupra laptelui cu formol.) *(Zeitschriff für Hygiene.* vol. 50 Fasc. I. Pag. 153—164).

Lucrările lui Behring foarte controversate după care laptele conține substanțe imunizante, cari nu trebue distruse prin căldură, au atras atenția asupra procedelor de conservare al laptelui prin substanțe chimice.

Formolul a fost recomandat de Behring în proporția d 1: 5000 pînă la 1: 10000.

Sommerfeld, după experiențe făcute cu multă îngrijire în laboratorul clinicei de maladii infantile a lui Baginsky (Berlin) a ajuns la concluziunea că formolul în proporția arătată mai sus, n'are nici o valoare, pentru conservarea laptelui. Față de diferite bacterii patogene: bacilul difteriei, bacilul tific, bacilul coli, pyocianicul, formolul 1:5000—1:10000 n'are nici o influență bactericidă.

Dr. S. Irimescu.

H. Trebur. Untersuchungen über die im „Clayton-Apparat" erzeugten Schwefeldämpfe. (Cercetări asupra vaporilor sulfuroși formați în aparatul Clayton). *(Archiv. f. Hygiene,* 1905, Bd. LII, $^3/_4$ H.)

Se studiază acțiunea gazului Clayton în raport cu concentrațiunea sa; vaporii sulfuroși, produși de un aparat Clayton obișnuit, se degajează într'o cameră de 110 m. c., unde se supun acțiunii gazului desinfectant diferite microorganisme, animale și mărfuri.

După 5 ore, gazul sulfuros (SO_2) omoară bacilul tific, difteric, vibrionul cholerii și stafilococul auriu, când concentrația accidului sulfuros este de 5,6%. Firele de mătase impregnate cu spori de antrax nu sunt desinfectate nici într'o atmosferă care conține 14% vapori sulfuroși.

Puterea de pătrundere a gazului Clayton este mai mare decât la dezinfectantele gazoase cunoscute. Umiditatea favorizează acțiunea acidului sulfuros.

Șobolanii mor după o oră când proporția gazului Clayton este de 0,56%; cu 3% mor în câteva secunde. Microorganismele din corpul șobolanilor omorîți nu sunt atinse de SO_2, chiar când proporția sa în aer ar fi fost de14%.

Diferite probe de coloniale: cafea prăjită și neprăjită, griș, orez, făină, au absorbit cantități diferite de SO_2, dar fără să capete gust sau miros deosebit.

G. Proca.

Trillat et Turchet. Nouveau procédé de recherche de l' Az H^3. Application pour caractériser la pureté des eaux. *(C. R. Soc. de Biologie* No. 6 1905).

Modul operator: se ià 20 c. c. de apă de analizat, căreia i se adaugă 3 picături dintr'o soluție de IK 10% și 2 picături dintr'o soluție de ipoclorit alcalin (apă de Javel). Dacă apare o colorație brună de iodur d'azot, apa conține amoniac.

A. S.

François Armand. L'absorbption et l'élimination des sels de quinine. *(C. R. Société de Biologie,* No. 13 1905).

Chinina se elimină la un om apyretic către a 6-a oră. La un febricitant către a 9-a oră și se menține până la a 11-a oră.

Eliminarea se face mai repede la febricitanți și apyretici când iau chinină de mai mult timp. Organizmul saturat leapădă prin emunctorii chinina în exces.

In fine eliminarea e cu atât mai mare cu cât doza ingerată e mai masivă. Bazat pe aceste fapte, autorul conchide că acţiunea terapeutică a chininei se datoreşte, nu porţiunii fixate în ţesuturi, ci porţiuni circulante şi formulează următoarea lege: Acţiunea chininei creşte proporţional cu cantitatea ingerată, partea neasimilată – circulând în sânge fiind singură activă—de unde indicaţiunea de doze masive.

A. S.

Mario Bioglio. Contribuzzione all studio del tratamento delle nefrite chroniche con ioduro di potassio. (Contribuţiuni la studiul tratamentului nefritelor cronice cu iodur de potasiu.) (*Il Policlinico,* No. 18/905.)

Labadie-Lagrave afirmă că în urma administrării iodurului în nefritele cronice, urina diminuă, iar cantitatea de albumină scade foarte repede. Autorul a experimentat în 94 cazuri acest medicament şi concluziile la cari ajunge sunt următoarele:

1). Iodurul de potasiu în nefritele interstiţiale administrat după indicaţiile lui Bartels, dă în scurt timp loc la fenomene de netoleranţă.

2). O parte din iod se uneşte cu albumina din urină.

3). Nu s'a putut preciză dacă combinaţia iodo-albuminoasă se face în sînge sau urină, mai probabil în cea din urmă de oarece, în vitro, adăogarea iodului la o urină albuminoasă face ca albumina să piardă multe din proprietăţile sale fizico-chimice.

4). Reactivii lui Esbach & Mehu şi fierberea nu precipită această combinaţiune.

5). Cantitatea de albumină nu este cât de puţin scăzută în timpul curei.

6). Terapia iodică este nefolositoare în tratamentul nefritelor cronice.

M.

Dr. O. Burwinkel, Bad. Nauheim. Aetiologie und allgemeine Therapie der Arteriosclerose. (Etiologia şi terapia generală a arteriosclerozei.) (Conferinţă ţinută la a 26-a adunare a Societăţii balneologică din Berlin.) (*Berliner klinische Wochenschrift,* No. 16, 17 April 1905.)

Pentru conferenţiar arterioscleroza este expresiunea unei turburări de nutriţiune, ale cărei diferite grade de intensitate, ar corespunde diferitelor leziuni anatomice găsite. Poate fi o boală pur locală, mai des însă e un proces general. In ceea ce priveşte pathogenia, *momentul mecanic* joacă un rol destul de însemnat: supraextensiunea vaselor prin plethoră sanguină, staza, etc., ca o *cauză generală* trebue numită şi hereditatea, provocată de arterioscleroză, asthm, emfizem, gută, diabet, obezitate, artritism, etc., boale cari s'ar găsi la ascendenţi. O alimentare prea bogată cu albumine poate conduce la acelaş rezultat. *Cafeaua, ceaiul, alcoolul, tutunul* lucrează în acelaşi mod: iritînd nervii vaso-motori, ridică presiunea sângelui. Orice stare care micşorează oxidaţiunea sângelui conduce la degenerarea grasă şi sclerozarea arterilor. Intoxicaţiunile gastro-intestinale prin resorbţia gazelor şi stagnarea materiilor fecale pot fi încă numite. Sifilisul are un rol foarte însemnat. Mercurul poate aveà şi el o influenţă nocivă. Emoragiile mari şi des repetate au ca rezultat şi o degenerare grasă a inţimei. Obezitatea având ca rezultat o respiraţiune superficială, deci o oxidaţie insuficientă, apoi mişcările greoaie, sau mai adesea o stare persistent sedentară dă nereguli de circulație cari contribuesc mult ca factori etiologici în arterioscleroză.

Peste tot: sunt 2 forme de arterioscleroză; 1) forma *tonică* sau *plethorică*, predomnește la bine-nutriți, cu alimentarea extrem de bogată în albumine, uzând de alcool sau tutun, cu lipsă de mișcări în aer liber și defecație neregulată, și 2) forma *atonică*, care se întîlnește la indivizii mediocru nutriți, siliți de ocupațiuni să aibă o viață sedentară, apoi la intoxicații cu plumb și bolnavii de malarie. Prognosticul serios. Profilactic: viață simplă, naturală, alimentare sobră și regim mixt. In forma plethorică: regim lacto-vegetarian și gimnastică sau sport. Pentru formele tîrzii cât și cele incipiente, e de o mare însemnătate întrebuințarea regulată și periodică a *lăsării de sânge.* Balneoterapia e utilă pentru tonicizarea sistemului nervos vascular.

Medicamente: Iodul și digitala sunt medicamentele cele mai util întrebuințabile.

C. I. M.

R. Dürig. Ein Beitrag zür Serumbehandlung des Morbus Basedowi. (Contribuțiune la tratamentul cu ser al morbului lui Basedow.) *(Münchener medizinische Wochenschrift,* 2 Mai 1905, No. 18, p. 853—854.)

Intr'un caz de maladia lui Basedow durînd de $1^1/_2$ ani, autorul a întrebuințat 250 c. c. antithyreoidină Moebius, începînd cu de 3 ori 20 picături, ca să urce repede pînă la de 3 ori, 50—70 picături zilnic. Starea bolnavei $^1/_2$ an după ultima doză administrată e foarte mulțumitoare. Pulsul dela 126 se menține între 75—85. Palpitațiunile, tremurăturile au dispărut. Semnele lui Moebius. Graefe, Stellwag, nu se mai constată. Gușa diminuată, starea generală excelentă. Antorul insistă asupra dozelor relativ mari de ser, întrebuințat zilnic și asupra regularității administrării serului. Pe cât posibil, nu trebue să se lase nici o zi de interval, fără tratament, pentru că altfel efectele serului ar riscă să fie perdute. Tratamentul în cazul relatat de Dürig a fost întrerupt de incidente bizare care merită atenție cefalee, apatie, „sensație de abrutizare“ (Blödigkeitgefühl), după expresia însăși a bolnavei, ceeace ar realiză întru câtva syndromul myxoedematos, confirmînd până la un punct, teoria lui Moebius, asupra pathogeniei maladiei lui Basedow.

S. IRIMESCU.

Prof. H. Eichhorst, (Zürich). **Indikationen und Methodik der Digitalistherapie.** (Indicațiunile și metodica terapeuticei digitalei.) Lecțiune clinică, *(Deutsche med. Wochenschr,* 1905, No. 2*).*

E. prescrie digitala aproape numai sub forma de praf de foi de digitală și o asociază de obiceiu cu diuretina în modul următor:

Rp. Praf de foi de digitală . . . . 0 1 gr.
Diuretină . . . . 1.0 „
Zahar . . . . 0.3 „
M. F. P.
D. t. d. N. X.
S. de 3 ori pe zi câte un praf.

La cardiaci continuă medicația, în termen mediu, timp de 10 zile.

După experiența sa, acțiunea digitalei se manifestă mult mai repede, mai sigură şi mai liberă de acţiuni secundare neplăcute bolnavilor, dacă e administrată subt forma de praf, decât dacă e administrată sub forma de infuzie Preferă acest mod de administrare chiar glicosidelor digitalei.

RAINER.

Ioachim et Kurpjuweit (Clin. medic Kœnigsberg). **Ueber die Behandlung der leukämie mit Röntgenstrahlen.** (Tratamentul leucemiei prin razele Röntgen.) *(Med. Woch.,* No. 49, 1 Déc. 1904.)

Autorii au încercat acest tratament în 2 cazuri:

Primul caz, o myelemie tipică, la o femee de 39 ani, care aveà 547.000 leucocite pe mm. c., o splină enormă care scoborà până sub simfiza pubienă, stare generală foarte proastă.

Toate tratamentele medicamentoase încercate n'au dat nici un rezultat.

Supuind-o tratamentului cu razele Rœntgen, prin îndreptarea razelor asupra regiunii ocupată de splină, au observat după puţin timp că splina îşi micşorează volumul, numărul globulelor albe scoborând până la 30.000 pe mm. c., acela al globulelor roşii devenind de 2 ori mai mare, starea generală ameliorându-se foarte mult.

Al 2-lea caz, o lymphemie cronică, la un bolnav de 50 ani, care prezentà o adenită generalizată, ficat mare, splină de asemenea mare, scoborând până la ombilic; numărul globulelor albe era 385.000 pe mm., c. din cari 98—99% limfocite.

Supus la razele Rœntgen după o săptămână, numărul globulelor albe scoborî la 30.000. Ganglionii limfatici şi splina micşoraţi de volum.

Insă cu toate că numărul globulelor albe persista de a fi puţin ridicat şi cu toată apariţiunea polinuclearelor în sânge (20,5%), numărul hematiilor a rămas scăzut (1.650.000), de asemenea nici starea generală a bolnavului nu s'a ameliorat.

C. GORESCU.

Lawson: Ueber den Gebrauch des Chinins zur Heilung von Geschwüren der Hornhaut. *(Asupra întrebuinţării chininei la vindecarea ulcerilor corneei).* (Ophthalmological Society, London, 26 Ianuarie).

Întrebuinţează soluţiuni de 1% chinină sulfurică în apă la care se adaogă foarte puţin acid sulfuric. Ochiul bolnav e îmbăiat zilnic de cite 5—6 ori, cite 5 minute. În afară de asta, în fiecare zi se pică în ochi din aceiaşi soluţie. Tratamentul nu cauzează dureri. Ulcerile până la cele mai mari, se vindecă în curs de 7—8 zile.

C. I. M.

Massarini. Contribuzzione al tratamento del tubercoli ganglionari per le injezzioni di iod. (Contribuţiuni la tratamentul tuberculilor ganglionari prin injecţiuni de iod.) *(Il Policlinico,* sez. medica., 9, 9, 1905.)

A întrebuinţat formula următoare a lui Durante, modificată: Iod pur 1 gr., Iodur de potasiu 10 gr., Guaiacol 5 gr., Glicerină neutră 100; un centimetru cub pe zi injectat în ganglion. Vindecarea a fost obţinută în maximum 70 zile. Crede că acţiunea iodului este următoarea: în plasma sanguină iodul devine iodur sau iodat alcalin, care în contact cu ţesuturile bolnave pune iodul în libertate; de unde şi puternica acţiune antiseptică.

M.

Jules Rehns şi **P. Salomon.** Influence du radium sur le psoriasis. *(C. R. Société de Biologie,* No. 13 1905.)

Aplicând 3 minute radiu (cantitate de 30 miligrame) pe o placă de psoriasis de o jumătate de centimetru, se obţine vindecarea fără cicatrice.

A. S.

Sabatier. Traitement de l'insolation par l'adrenaline. *(Caducée,* No. 6, 1905).

Mijloacele întrebuinţate până astăzi pentru tratarea insolaţiunilor sunt: respiraţia artificială, injecţiunile de cafeină, eter, venesecţia şi injecţiile de ser artificial. Toate acestea pot fi înlocuite cu succes prin administrarea a 5—10—15 picături de adrenalină $10/_{00}$ în apă sau prin injecţia subcutanată a 3—4 picături din aceiaşi soluţie. În cazuri de sincopă, asfixie, recomandă injecţia intra-venoasă, combinată cu unul din mijloacele generale indicate mai sus.

M.

P. Serieux şi **R. Rignot.** Notes thérapeutiques sur l'emploi du véronal chez quelques alienés. *(Archives de Neurologie,* Janvier 1905).

Autorii au întrebuinţat veronalul în doza de 0.30 centigr. — 1 gr. la 40 de alienaţi. Din observaţiunile lor reiese, că acest medicament are o acţiune hipnotică considerabilă în insomnia melancolicilor şi a demenţilor agitaţi. Somnul apare între 1—2 ore după administrarea medicamentului, care s'a făcut, fie în capsule împreună cu o infuziune caldă, fie în suspensiune în apă sau lapte, fie amestecat cu alimentele. Acţiunea medicamentului devine mai regulată şi mai însemnată după câtevà zile de întrebuinţare. Acţiunea veronalului nu scade când e întrebuinţat mai mult timp consecutiv, căci autorii au putut să-l administreze la unii bolnavi timp de 8 luni, fără ca să se simtă necesitatea de a schimbà medicamentul sau de a-i mărì doza. La demenţi, autorii au observat o scădere a agitaţiunii automatice diurne, la melancolici de asemenea o diminuare în agitaţiunea anxioasă din timpul zilei. Autorii privesc această modificare favorabilă ca o consecinţă a repausului din timpul nopţii.

Din contră, în paralizia generală sub forma maniacală şi halucinatorie, veronalul n'are decât o acţiune slabă, căci somnul rămâne neregulat şi durata lui nu e mult prelungită. Intru cât priveşte paraliticii deprimaţi sau demenţi S. şi M. îşi rezervă pentru un moment opiniunea. Nu s'a observat modificări în puls sau sgomotele cardiace la bolnavii trataţi cu veronal şi bătrânii ca şi cardiacii au suportat perfect medicamentul. Intr'un singur caz la o bolnavă cu stupoare halucinatorie s'a observat o intoleranţă faţă de veronal şi o erupţiune morbiliformă după întrebuinţarea acestui agent terapeutic.

C. PARHON.

MEDICINĂ LEGALĂ

L. Heim. **Die Widerstandsfähigkeit verschiedener Bakterienarten gegen Trocknung und die Aufbewahrung bakterienhaltigen Materials insbesondere beim Seuchendienst und für gerichtlich-medicinische Zwecke.** (Rezistenţa diferitelor bacterii contra desicaţiunei şi conservarea lor în timp de epidemii şi pentru expertize medico-legale). (*Zeitschrift für Hygiene* Vol. 50. Facs. I. 1905, Pag. 123—138).

Heim, profesorul de bacteriologie dela Erlangen, arată avantajele desicaţiunii, pentru conservarea unor bacterii, a căror vitalitate în culturi e de obiceiu foarte mică.

În primul rând să ocupă de pneumococ, care trăeşte în culturi un timp foarte scurt (câteva zile numai). Procedeele utilizate până acum pentru prelungirea vitalităţii pneumococului: acelea a lui *Foa* (conservarea sângelui animalelor moarte de septicemie pneumococică mai întâiu, 24 ore, la etuvă (37°) şi apoi la întuneric) permiţând inoculari cu rezultate pozitive după şease săptămâni, acela a lui *Sclavo* (conservarea splinei animalelor moarte de septicemie pneumococică experimentală, în glicerină, la întuneric) cu o prelungire de vitalitate tot aşà de îndelungată (6 săptămîni, pînă la 2 luni), au dat rezultate nesigure în experienţele făcute de Weichselbaum.

Procedeul lui *Benario*, conservarea sângelui pneumococic în tuburi capilare, la ghiaţă, n'a permis lui Heim, să obţină inoculări cu rezultate pozitive decât după 6—7 zile.

Utilizînd experienţele lui *Germano* (Zeitschrift für Hygiene. vol. XXVI. Pag. 79), după cari în sputa uscată, pneumococii, sînt încă virulenţi după 120—140 zile, Heim a întrebuinţat pentru conservarea pneumococului, fire de mătase sterilizate muiate în culturi sau în sângele animalelor moarte de septicemie pneumococică experimentală supuse la desicaţiune într'un exsicator în care se află chlorur de calciu. Firele aşà desicate, muiate în bulion sau însămînţate pe agar dau culturi abundente chiar după 1$^1/_2$ ani.

În ceeace priveşte virulenţa, desicaţiunea aşà îndelungată, n'o diminuează întru nimic.

Procedeul acesta de desicaţiune a fost încercat şi pentru alte bacterii. Bacilul cholerei găinilor nu se conservă decât puţin (4 săptămâni). Bacilul pneumoniei cazeose a porcilor (swine plague) al pestei şoarecilor (3 luni). Bacterium enteritidis Gärtner (3—5 luni), pneumobacilul lui Friedländer (6 luni). Bacilul tific (229 zile) paratificul *A.* şi *B.* bacilii dizenteriei, bacilul coli (6 luni). Mai mult de un an: bacilii tetanosului, tetragenul, tifosului şoarecelui, diftericii, bacilii xerosei, stafilococii, streptococii erizipelului (rouget) porcilor, bacteridia cărbunoasă.

Procedeul indicat de Heim e foarte util pentru conservarea bacteriilor, mai cu seamă, a celor cu viaţă scurtă în culturi, pentru demonstraţiuni la cursuri etc. Metoda aceasta poate fi întrebuinţată şi pentru bacteriile din organizm.

Din puroiu, sânge, materii fecale etc. se pot conservà prin desicaţiune pe fire de mătase sterile, bacteriile cari s'ar aflà în ele, pentru studii ulterioare.

În autopsiile medico-legale procedeul lui Heim ar puteà dobîndì aplicaţiuni destul de întinse.

S. IRIMESCU.

MICROBIOLOGIA ȘI ANATOMIE PATOLOGICĂ

P. Aaser. Ueber die makroskopische Agglutinations probe bei Typhoidfieber. (Aglutinarea macroscopică în febra tifoidă). *(Berliner klinische Wochenschrift.* No. 10, 6 Martie 1905).

Procedeul lui Ficker facilitează deja mult serodiagnosticul pentru că evită întrebuințarea de culturi vii și tinere de 24 ore, cari nu se pot obține ușor decât într'un laborator bine instalat. Aaser a căutat să găsească și alte mijloace cari să permită cu multă facilitate, stabilirea unui serodiagnostic macroscopic. Incercînd diferite substanțe antiseptice, autorul dă preferința toluolului sau cloroformului 4$^{0}/_{0}$. In proporția această una din aceste substanțe adăogată culturilor de tific, permite intrebuințarea lor vreme îndelungată Serodiagnosticul poate fi făcut macroscopic nu necesitează prin urmare în trebuințarea microscopului și exlude orice pericol de oarece bacilii sunt omorâți.

DR. S. IRIMESCU.

Oskar Bail. Aggressin immunität gegen typhusbacillen und Cholera vibrionen. (Asupra imunității prin Agresină contra baccilului tific și vibrionului coleric). *(Wiener Klinwochenschrf.* 1905 No. 17)

Plecând de la faptul cunoscut că dacă unui cobai tuberculos i se injectează o nouă cantitate de bacili, Koch, animalul sucombă repede prin intoxicație, acesta face o nouă experiență, injectând unui cobai sănătos, bacili Koch împreună cu exudate pleurale sau peritoneale de la animale tuberculoase; observând că animalele sănătoase, în loc de a se tuberculiza, succombă repede acestei injecții combinate prin intoxicație, conchide că în exudate există o substanță secretată de microbi, cari paralizând forțele de protecție ale organizmului, reprezentate prin leucocite, dă liber curs intoxicației cu produse microbiene, cea ce aduce în loc de o maladie cu evoluție mai mult sau mai puțin lungă, o intoxicație acută sau supra-acută.

Acestei substanțe ipotetice, autorul, după propunerea lui Kruse îi dă numele de Agresină (Aggressin); pentru a o obține, se injectează în peritoneul iepurelui, sau a cobaiului, o cultură de tific sau de coleră d. ex; în ultimele ore înainte de moartea animalului se formează acolo un exudat, care va conține agresină.

Injectând la iepuri și cobai, în repetate rânduri doze mici de acest exudat cu agresină, liberat prealabil prin centrifugare și sterilizare de orice microbi vii sau morți, obține o imunitate solidă și durabilă (3 luni); la animalele astfel preparate, o injecție intraperitoneală de microbi respectivi în doza mortală e suportată fără nici un inconvenient; la o oră după injecție in peritoneu, apar leucocite, iar după 2--3 ore, exudatul devine purulent; microbi dispar treptat, în parte fiind fagocitați, iar animalul nici nu e măcar bolnav; la animalele de control, leucocitoza nu se produce, microbi se înmulțesc și mortea termină experiența. Această imunitate este o adevărată imunitate activă, căci mici doze de ser obținut dela aceste animale, preservă animale noi contra dozelor mortale de microbii respectiv; și în aceste experiente, se observă aceași leucocitoză intensă ca și în primele.

Autorul, după ce dă în scurt câteva experiențe făcute cu bacilul tific și vibrionul coleric, conchide că injecţiile cu agresină, dau naştere unui ser antiagresinic, care ar contrabalansa produsele paralizante secretate de microbi şi crede că a descoperit în acest mod un nou metod de imunizare, uşor. solid, şi durabil.

DR. BRUCKNER.

J. M. Blumenthal u. Lipskerow. Vergleichende Bewertung der differentiellen Methoden zur Färbung des Diphteriebacillus. Despre valoarea comparativă a metodelor de diferenţiare pentru colorarea bacilului difteric. *(Centr. f. Bacter.* Bd. XXXVIII, H. 3).

Dintre diferitele procedeuri de coloraţie diferenţială a bacilului difteric, cele mai potrivite ar fi următoarele două:

1). Metoda lui Falières. Colorează cu.

Albastru de metil . . .	2,0
Borax	0,5
Apă distilată	100,0
Alcool Absolut . . .	VIII picături

Spală cu apă; colorează $^1/_2$ minut cu o soluţie de vezuvină, $1^0/_{00}$ apoasă.

2). Metoda lui Lyubinsky. Colorează $^1/_2$—2 minute cu

Pyotkanin Merck . .	0,25
Acid acetic ($5^0/_0$) . .	100,0

Spală cu apă şi colorează $^1/_2$ minut cu soluţie apoasă de vezuvină, una la mie. Diferenţiarea se face şi mai bine dacă se înlocueşte vezuvina cu o soluţie de Chrysoidină $3^0/_{00}$.

G. PROCA.

Breit. Zur Tuberkulosafrage der Kuhpockenlymphe. *(Centr. f. Bakter.* 1905, Bd. XXXVIII, H. 3).

Inoculaţiunile intra-peritoneale făcute la cobai cu limfă vaccinală recoltată dela animale tuberculoase nu produc tuberculoza. Bacilii tuberculozei introduşi în limfă vaccinală glicerinată, ca şi în glicerină pură nu-şi perd vitalitatea şi virulenţa chiar după 4 săptămâni.

(Cobaii inoculaţi nu au fost ţinuţi în observaţiune mai mult de 60 zile, ceea ce nu este suficient spre a hotărî de rezultatul unei experienţe, în cazul special al tuberculozei).

G. PROCA.

Carl Bruck, Michaelis şi Schultze. Beiträge zur Serodiagnostik der Staphylokokkenerkrankungen beim Menschen. (Contribuţiuni la serodiagnosticul afecţiunilor cu stafilococ la om). *(Zeitschrift für Hygiene* Vol. 50 Fasc I. 1905, Pag. 144—152).

Autorii, în laboratorul de maladii infecţioase, de sub direcţia lui Gaffky şi în laboratorul clinicei chirurgicale alui Bergmann, în Berlin, au studiat un proceleu de serodiagnostic al afecţiunilor cu staphylococ.

Importanţa sero-diagnosticului în afecţiunile cu stafilococ e destul de mare. In cazurile de abcese ascunse, de osteomyelite dubioase, în cazurile dificile unde diagnosticul ezită între o tumoare şi o inflamaţie cronică osoasă, serodiagnosticul poate da indicaţiuni foarte utile..

Două din proprietăţile biologice ale stafilococului pot servì pentru serodiagnostic:

1) Aglutininile produse în organism.

2) Antilysinile, consecința hemolysei pe care o provocă stafilococul.

Diferențiarea între stafilococii patogeni și saprofiți prin aglutinare n'a dat rezultate precise și nu poate aveà o aplicare practică (Kolle și Otto, Neisser și Wechsberg, Beitzke etc).

Producerea de antilysine e deci cu atît mai importantă pentru diagnosticul afecțiunilor cu stafilococ.

Neisser și Wechsberg au arătat însă, că o antilysină există și în serul normal. Autorii memoriului, au cercetat diferințele cantitative între antilysinele serului normal și al serului din afecțiunile cu stafilococ.

Ei au analizat în scopul acesta 51 seruri normale și patologice cu rezultatele următoare:

Serul normal are un conținut maxim în antilysină de 5 — technica întrebuințată pentru a stabilì acest conținut e greu de rezumat și trebue văzută împreună cu protocolul experiențelor în memoriul original — pe cînd în 19 din 25 seruri provenite din afecțiuni cu stafilococi, valoarea antilysinei a variat între 10 și 100.

După autori deci când conținutul în antilysine al serului e 10 o infecțiune stafilococică e probabilă și când trece de 10 e sigură.

Antilysina din ser poate crește în cursul infecțiunei cu stafilococi. Un rezultat negativ prin urmare nu exclude o infecție cu stafilococi (serodiagnosticul trebue repetat) pe cînd un rezultat positiv o confirmă pe deplin.

Serodiagnosticul e absolut specific și nu e influențat de infecțiunile mixte Nu există prin urmare reacțiuni de grup, ca pentru aglutinine.

S. IRIMESCU.

Deycke-Pascha u. **Reschad-Bei.** Neue Gesichtspuncte in der Leprafrage *Deutsche med. Woch.* No. 13 și 14 din 1905.

Autorii obțin prin culturi din 3 leprome luate dela acelaș bolnav, la intervale și din regiuni deosebite, o streptotrichee acidorezistentă. Acest microorganizm fiind injectat subcutan la mai mulți leproși (12 până acum) s'a dovedit că poate exercità o acțiune specifică asupra țesutului lepros și o acțiune bactericidă directă asupra bacilului leprei. De mai multe ori injecțiile cu această streptotrichee au dat naștere la reacțiuni locale din partea nodulilor leproși întocmai ca cele produse de tuberculină. In 2 cazuri, după câteva luni de tratament bacilii leproși au dispărut complect. La un bolnav streptotricheea injectată în doză mai mare, și poate intravenos, a agravat boala; din torpidă, lepra a devenit activă, cu mers repede, progresiv.

Streptotricheea acidorezistentă n'a fost găsită decât o singură dată. Cercetările bacteriologice făcute de D. și R. asupra a vre-o 30 leprome din 9 cazuri deosebite, dau regulat alt microorganizm și anume un bacil difteroid (pseudodifteric). In condiții obișnuite bacilul nu este acidorezistent, dar difteroidul desvoltat în lapte ca și pe un agar, la suprafața căruia se întinde lapte de femee (!) capătă proprietatea de a rezistà la decolorarea cu acide. Asemenea pseudo-diftericul acesta devine acidorezistent când crește pe agar în cultură mixtă cu un alt microorganism (un bacil filamentos).

Autorii presupun că este oarecare înrudire între bacilul leprei și strepto tricheea lor; cât despre difteroidul cultivat constant din leprome el ar reprezintà forma saprofitică a bacilului lui Hansen.

[Lucrarea rezumată aici nu aduce dovezi valabile în sprijinul acestor puncte de vedere nouă în chestiunea leprei].

C. PROCA.

Dopter. Action locale du sérum antidiphtérique (*Gazette des hôpitaux,* 4 avril 1905.)

Se ştie că cu toate injecţiunile de ser anti-difteric, bacilii Löffler tot pot să persiste timp îndelungat pe mucoasa gâtului. Pentru a grăbi dispariţia lor Dopter a întrebuinţat la 72 de cazuri, serul antimicrobien încorporat în gomă şi dat sub formă de pastile (Martin). El dă bolnavilor 12 pastile pe zi, recomandând să sugă câte una la oră, fără a mai face gargarisme şi spălături cari ar dilua serul. După acest tratament, făcând regulat culturi din gît în fiecare zi constată că bacilii dispar în a 5-a zi şi foarte rar mai târziu; recidivele excepţionale 2 din 72 cazuri

Pentru difteria nasală el a întrebuinţat serul ca pudră uscată de prizat la fiecare ceas în 29 cazuri. Acì rezultatele au fost mai slabe, bacilii persistând pînă la 12 zile în unele cazuri.

Acest tratament susträgând mai repede pe bolnav acţiunei toxice, previne paraliziele difterice şi scurtează şi izolarea bolnavilor în spitale.

BARONCEA.

Ch. Dopter. Sensibilisatrice spécifique dans le sérum des malades atteints de dysenterie bacillaire (*C. R. Société de Biologie,* No. 11, 1905.)

In serul bolnavilor de dysenterie, autorul urmând procedeul lui Bordet a pus în evidenţă existenţa unei substanţe sensibilizatrice atât pentru bacilul lui Shiga cât şi pentru cel al lui Flexner. Aşà în cât diferenţele între aceşti doi bacili cauzali ai dysenteriei nu există. Această sensibilizatrice este independentă de aglutinare. Serul aglutinând bacilul lui Shiga — nu pe al lui Flexner — conţine o sensibilizatrice specifică pentru amândoi. Serul bolnavilor de dysenterie amoebiană nu conţine nici o sensibilizatrice.

A. S.

W. Hoffmann. **Zum Wachstum von Tuberkelbacillen auf 10 proc. Glycerin Kartoffeln.** (Cultura bacililor tuberculoşi pe cartofi cu 10% glycerină. (*Hygienische Rundschau.* No· 9, 1 Mai 1905).

Hoffmann recomandă pentru culturile bacilului tuberculos de a mărì cantitatea de glycerină deobicei întrebuinţată. Pe cartofi cu 10% glycerină culturile sunt luxuriante.

Mediul acesta convine şi celorlalţi bacili acidorezistenţi, bacilului tuberculozei aviare, bacilului smegmei, bacilului untului a lui Petri-Rabinowitsch etc. nu însă bacilului tuberculozei bovine, după cum constatase şi Römer înaintea lui Hoffmann.

S. IRIMESCU.

D. A. de Jong. Die Steigerung der Virulenz des menschlichen Tuberkelbacillus zu der des Rindertuberkelbacillus. (*Centr. f. Bakter,* 1905 XXXVIII, Bd. H. 2 şi 3).

Experienţele autorului demonstrează că un bacil de tuberculoză umană, de virulenţă slabă, poate să fie întărit prin treceri la animale—capră, cobai şi viţel,—şi să ajungă la virulenţa ridicată pe care o posedă de obiceiu bacilul bovin. Noua opiniune a şcoalei lui Koch nu ar fi îndreptăţită; între bacilul uman şi cel bovin nu ar existà diferinţe de specii. G. PROCA.

Jürgens. **Ueber die Entstehung der Typhus-Immunität.** (Asupra producerii imunităţii tifice). *(Berliner klinische Wochenschrift,* 6 Februarie, 1905, No. 6.)

Frosch (Festschrift für Robert Koch, 1903, pag. 692) a stabilit că într'o localitate unde bântue o epidemie de febră tifoidă, numărul indivizilor infectaţi cu bacilul tific — după examenul bacteriologic al materiilor fecale — fără simptome aparente e de 4—6 ori mai mare decât cel al bolnavilor.

S'a crezut că în regiuni de felul acesta organismul a dobândit un fel de imunitate, în urma epidemiilor anterioare. Bacilul tific se menţine, în canalul intestinal al reconvalescenţilor de febră tifoidă luni întregi fără simptome la unii, pe când la alţii provoacă recidive. La cei dintâiu în cazul acesta s'ar fi produs o imunitate, la cei de al doilea nu. Cercetarea substanţelor bactericide din ser, e importantă, de făcut după autor, în toate cazurile de reconvalescenţă tifică. Ca şi în alte afecţiuni, valoarea bactericidă a serului nu explică însă imunitatea. Jürgens relatează o recidivă la un tific 56 zile după o febră tifoidă gravă. Recidiva s'a produs cu toate că valoarea bactericidă a serului îşi atinsese maximul. Rezultatele obţinute la animal prin inoculări de bacil tific nu se aplică direct la om. Serul unui animal tratat cu bacil tific în doze repetate, conţine substanţe bactericide şi aglutinante cari dispar după un timp anumit. Atunci însă, cînd aceste substanţe imunizante au dispărut, o simplă inoculare de cantităţi mici de bacili provoacă apariţia în ser de substanţe imunizante pentru cari la primele inoculări, trebuiau injectate doze mari şi îndelung repetate.

Şi la om aglutininile şi substanţa bactericidă dispar câtva timp după o infecţie tifică. Organismul uman şi-ar păstrà însă şi el, posibilitatea de a reacţionà energic la o infecţie nouă, aşà în cât bacteriile să fie distruse. Rezultatele obţinute la animale nu pot fi însă comparate decât cu ceeace se observă la om în urma inoculărilor preventive cu culturi de bacil tific. Ca şi la animale, în primele 24 ore reacţiune energică şi a 10 — 11-a zi formare de substanţe imunizante. S. IRIMESCU.

Dr. I. Karlinski. **Über die Übertragbarkeit der menschlichen Tuberkulose auf Thiere.** (Asupra transmisiunii tuberculosei umane la bovidee.) *(Zeitschrift für Thiermedicin,* t. VIII, p. 1, 1904.)

Autorul reaminteşte că cu 2 ani înainte a publicat îndată după congresul dela Londra o primă serie de experienţe de transmisiune cu rezultate positive.

Cercetările actuale ale autorului sunt făcute cu un virus provenind dintr'un caz de tuberculosă pulmonară dela om, craşatul conţineà numeroşi bacili, şi cu culturile obţinute se omorau cobaii în 3 săptămâni cu lesiuni generalizate.

S'a inoculat la bovidee sau culturi provenind direct dela om, sau acele provenite după 1—3 pasaje prin cobai. In toate cazurile animalele supuse experienţei erau încercate prealabil prin tuberculină.

1). 3 viţei s'au inoculat în jugulară cu 3—5 m. gr. de cultură provenită direct dela om. Un singur viţel a rezistat, însă fiind inoculat din nou cu culturi trecute prin cobai s'a îmbolnăvit şi a căpătat leziuni intinse ca şi ceilalţi doi.

2). 1 vacă s'a inoculat în jugulară cu 9 m. gr. de cultură directă, 1 vacă şi un bou s'a inoculat în acelaş mod, cu cultură provenită prin pasaj la cobai, câte trele animale au căpătat boala.

3). Una vacă şi un bou s'au inoculat intraperitoneal cu culturi provenite direct şi prin pasaj la cobai, ambele animale s'au infectat.

4). Un bou inoculat sub pele cu culturi de pasaj (5 cm. c.) s'a infectat asemenea.

Alţi 3 viţei şi o vacă au mai fost inoculaţi cu acelaş succes.

Un singur bou inoculat sub pele cu culturi directe făcute din craşat a rămas neatins.

In rezumat — din citatele experienţe — 13 animale au dat un rezultat pozitiv şi unul singur negativ.

După cum se vede, bacilii tuberculozei umane capată o mare virulenţă pentru boi după pasaje repetate prin cobai, sau mai ales după un singur pasaj printr'un bovideu. Leziunile căpătate nu difereau în nimic de cele ale boalei accidentale a boului.

MOTAŞ.

J. Kerner. **Experimenteller Beitrag zur Hämolyse und zur Agglutination der Streptokokken.** (Contribuţiune experimentală la studiul hemolyzei. Despre aglutinarea streptococilor). *(Centr. f. Bakter.* Bd. XXXVIII, H, 3—4).

Diferite tipuri de streptococi (16) studiate de autor nu pot să fie diferenţiale sau identificate după proprietăţile lor emolitice şi aglutinante. Streptococii patogeni pentru animale sunt mai frecvent şi mai pronunţat emolitici. Primele culturi, obţinute direct din corpul animalelor, sunt mai active decât culturile ulterioare desvoltate pe mediurile nutritive obişnuite. Un ser aglutinant exercită o acţiune mai intensă asupra streptococilor omologi.

G. PROCA

Klingmüller und **L. Halberstaedter.** **Ueber die bakterizide Wirkung des Lichtes bei der Finsenbehandlung.** *(Deutsche med. Woch.,* 1905, No. 14.)

Razele fotochimice, albastre, violete şi ultraviolete, au o acţiune bactericidă intensă asupra microorganismelor, când acestea sunt expuse liber şi în straturi subţiri. In asemenea condiţiuni bacilul prodigios este omorît *în mai puţin de o secundă* de lumina electrică concentrată cu lupa lui Finsen. Lumina neconcentrată a unei lampe cu arc, de 30 amperi, la distanţă de 30 cm. omoară în *şase minute* un strat superficial de bacili tuberculoşi.

Când microorganismele se găsesc în ţesături sau în emulzii de organe, lumina nu pare a le micşorà vitalitatea, chiar după o acţiune prelungită de 70 minute. Experienţele lui K şi H stabilesc acest fapt pentru stafilococul auriu şi pentru bacilul tuberculozei, aşà în cât succesele terapeutice pe cari le dă metoda lui Finsen în cazurile de lupus vulgar nu ar puteà să fie atribuite acţiunei bactericide a luminei.

G. PROCA.

W. G. Korentchevsky. (Laborat. bactér. Kharbine). **Contribution à l'étude dela dysenterie en Mandchourie.** *(Bulletin de l'Institut Pasteur,* Tome III, No. 4, février 1905, după *Roussky Vratch* 13 Nov. 1904).

Autorul a făcut examenul bacteriologic în 65 cazuri de dizenterie; în 57, cazuri a găsit bacilul Shiga-Kruse, în 3 cazuri foarte grave, amibe, iar în 5 cazuri rezultatele fură negative.

Pentru punerea diagnosticului, autorul se bazează pe puterea aglutinantă a serului bolnavilor și care varià între 1 : 30 și 1 : 500, iar în lipsa acesteia, pe izolarea bacilului din materiile fecale.

Autorul a tratat 70 bolnavi cu ser preparat la Moscova și St.-Petersburg. În cazurile de gravitate mijlocie, traducându-se prin slăbiciune generală, puls repede, dureri abdominale, tenesme, 30 scaune pe zi, injecțiune de 20 cm.c. ser, a avut ca rezultat dispariția tutulor simptomelor a 2-a zi. — În cazurile grave, caracterizate prin mai multe scaune pe oră, dureri violente și tenesme, a injectat 40—60 cm.c. ser; din 37 bolnavi din această categorie, unul singur n'a manifestat nici o ameliorare, ceilalți au fost foarte mult ameliorați, după 2—3 zile.

C. GORESCU.

K. H. Kutscher. Ueber Typhus. Schutzimpfungen am Menschen. (Inoculările preventive contra febrei tifoide la om) *(Medizinische Klinik* No. 21. 30 Aprilie 1905)

Revistă generală a inoculărilor preventive în febra tifoidă făcută de autor împreună cu Kolle și cu Hentsch cu ocaziunea expedițiunii germane în Africa de sud-vest.

Bazați pe faptul că febra tifoidă aparține maladiilor infecțioase care de obiceiu provoacă o imunitate pentru restul vieței, și apariția în sânge de substanțe imunizante, Pfeiffer și Kolle au căutat cei dintâi în 1896 să imunizeze activ contra febrei tifoide. Ei au injectat culturi de bacil tific pe agar, omorâte la 60^0, o oeză numai (2 miligrame), emulsionată în ser fiziologic, sub pielea spatelui. Aproape într'acelaș timp Wright a întrebuințat un procedeu aproape identic. In 1899 și în anii următori au fost făcute peste 100.000 inoculări în India, Egipt, Africa de sud, la trupele engleze. Intr'un raport general apărut în 1904, Wright crede că din inoculările făcute reese o diminuțiune de $50^0/_0$ a morbidității și mortalității față de cei neinoculați.

Bassenge și Rimpau pentru a evita reacțiuni prea energice în urma inoculărilor, injectează $^1/_{30}$, $^1/_{15}$ și $^1/_5$ oeză din cultura pe agar la intervale de 10—12 zile.

Shiga a căutat să imunizeze cu un filtrat obținut prin autoliza bacililor emulsionați în ser fiziologic. *Wassermann* usucă filtratul obținut prin procedeul lui Shiga și obține astfel o pulbere pe care o emulsionează în ser fiziologic pentru a face inoculările.

Cu ocazia expediției în Africa de sud-vest toate aceste procedee au fost încercate de Kolle, Hentsch și Kutscher. Cele mai bune rezultate pare că le dă procedeul lui Wassermann : fenomene locale și generale aproape nule, anticorpii produși însă în ser, în cantitate mare.

S. IRIMESCU.

C. Levaditi. Sur les hémolysines thermostabiles du sérum sanguin. (*C. R. Société de Biologie,* No. 13 1905).

Autorul semnalează că în afară de hemolysinele termolabile (alexina 55° — sensibilizatricea 66°) există în serul sanguin hemolysine care rezistă la 100° care sunt auto-hemolysante. Aceste substanţe fac parte din seria acizilor amidaţi şi din seria acizilor graşi şi săpunuri.

Prezenţa lor este mascată prin faptul că, în serul sanguin proaspăt se află o substanţă împiedecătoare.

A. S.

T. Lignières. La tuberculose humaine et celle des animaux domestiques sont-elles dues á une même espèce microbienne: le bacille de Koch? (*Arch. de parasitologie* 1905, IX. 279).

Autorul a inoculat la trei boi puroi tuberculos de origină bovină sub piele; câte-şi treile inoculări au fost urmate de moarte survenită între 5—9 luni după operaţie. La autopsie s'a constatat o tuberculoză generalizată.

Trei boi inoculaţi sub piele cu materie tuberculoasă provenită dela om (spute) n'au prezintat decât un accident local. Reacţiunea tuberculinei a dispărut după câtevà luni ($2^{1}/_{2}$ — 7 luni). Animalele sacrificate n'au prezentat nici o leziune tuberculoasă.

Autorul admite deci că există o *rasă* de bacili tuberculoşi umani, şi o *rasă* bovină. Aceste rase sunt foarte vecine, însă diferite. Deosebirea între ele nu este o chestie de virulenţă, ci de adaptaţie la organisme diferite.

Rase de bacili mult mai depărtate (precum rasa aviară) sunt însă susceptibile să infecteze mamiferele şi omul; a fortiori, contaminarea omului prin bacilul bovin este posibilă. De altmintrelea există numeroase exemple pozitive de această posibilitate.

I. Cantacuzino.

Georg Lomer. Antithyreoidin Moebius bei Basedowscher Krankheit mit Psychose. (Antithyreoidina Moebius in maladia lui Basedow cu psychosă. (*Münchener medizinische Wochenschrift,* No. 18, 2 Mai 1905, pag. 842).

Antithyreoidina lui Moebius e ser de animale (miei), cărora cu 6 săptămâni înainte, li s'a extirpat corpul thyroid. La ser se adaogă pentru conservare $0.5^0/_0$ de acid fenic. *Lomer*, după procedeul indicat de Schulte, a administrat antithyreoidină pe cale bucală la o basedowiană, a căreia maladiă durà dejà de 2 ani şi erà însoţită de o stare demenţială profundă. Serul a fost administrat zilnic în doze crescînde mai întâiu de 3 ori pe zi câte 0.5 ca să ajungă la 4 grame şi apoi 3 gr. 5 pentru fie-care din cele 3 doze zilnice.

In total bolnava a luat 150 c. c. ser.

Rezultatul a fost satisfăcător. De la 120—180, pulsul s'a scoborât până la 100. Tremurăturile şi exophtalmia au diminuat. Semnul lui Graefe dispărut. Guşa însă a persistat. Starea psichică n'a prezentat mari schimbări. Ameliorarea nu s'a menţinut de oarece cazul erà prea înaintat. Rămîne totuşi stabilit că şi în cazurile de felul acesta, antithyreoidina e un tratament symptomatic excelent.

S. Irimescu.

L. Maldague. Bacilles d'Eberth dans un Kyste de l'ovaire après la guérison d'une fièvre typhoïde. (*Centr. f. Bacter.* 1905, XXXVIII Bd. H. 3).

Al 5-lea caz publicat până acum. Bacilul tific a fost izolat direct pe agar din conținutul lichid, inodor, alb-cremos, al unui kist ovaric mare ($6^1/_2$ litri). Infecția s'ar fi făcut în timpul boalei a cărei convalescență se prelungeà din cauză că tificul persistà în conținutul kistului. De a doua zi după extirparea tumorei febra cade aproape complect, fără a mai reveni în urmă.

G. Proca.

A. Marie. La virulence du sang chez ies animaux rabiquen. (*C. R. Société de Biologie,* No. 12, 1905).

Autorul a inoculat în creerul animalelor de experiență 20 de eșantioane de sânge, provenind dela animale rabice și a constatat că de 2 ori sângele a fost virulent

A. S.

F. Marshal. Die Bedeutung des Endoschen Nährobodens für die bakteriologische Typhusdiagnose. (*Centr. f. Bakter.,* B-d., XXXIII, H. 3).

Mediul lui Endo care se prepară mai repede decât agarul lui Drigalski-Conradi, convine ca și acesta, sau chiar și mai bine, pentru izolarea bacilului tific din scaune.

[Mediul lui Endo are compoziția următoare:

La 1.000 c.c. agar neutru cu $3^0/_0$ agar se adaogă:
10 c.c. dintr'o soluție $10^0/_0$ de sodă,
10 grame lactoză *chimic pură,*
5 c.c. soluție alcoolică de fuchsină (filtrată),
25 c.c. dintr'o soluție $10^0/_0$ de sulfit de sodiu.

Pe acest agar tificul dă colonii incolore, bacilul coli colonii roșii].

G. Proca.

C. v. Pirquet und B. Schick. Zur Frage des Aggressins (Asupra agresinei. (*Wiener klin. Wochenschr.,* No. 17/1905).

Din acest articol de polemică cu Bail, extrag câteva date importante, relativ la serurile terapeutice.

Dacă se injectează unui om sau animal, un ser, antidifteric d. ex., serul se resoarbe dela locul de injecție, persistând în sângele omului sub formă de ser de cal, decelabil prin precipitine specifice; între a 8—12 zi dela injecție apar fenomene variabile ca intensitate, exantem, febră, tumefacția ganglionilor, fenomene generale, relativ proporționale cu doza de ser injectat; v. Rittershain a arătat că injecția de 5—10 cm.^{3} ser dă reacție la $6.45^0/_0$, pe când 100—200 cm.^{3} dă reacție la $85^0/_0$; autorii dau acestui complex de fenomene numele de maladia serului.

Dacă în timpul de incubație de 8—12 zile, se mai reinjectează o nouă doză de ser, ori care ar fi cantitatea ei, nu se va mai produce o nouă erupție, o nouă maladie, serul injectat ulterior adiționându-se la primul.

O reinjecție după cele 12 zile se comportă altfel, și efectele observate se pot grupa în două categorii:

1) *Reacţie imediată* caracterizată prin apariţia rapidă (după o oră) de edem la locul de injecţie, urmat de eritem local care pornind de aci se generalizează în primele 24 ore, temperatură etc., toate durând 2—3 zile. Aceste fapte se observă la om mai cu seamă după 3 săptămâni dela întâia injecţie.

Edemul în special, se poate întinde la tot membrul injectat.

2) *Reacţia grăbită* se observă la oamenii cari au fost injectaţi cu unul sau mai mulţi ani mai înainte cu un ser terapeutic, şi e caracterizată prin scurtarea perioadei de incubaţie; maladia serului apare a 5—6 zi, dar cu fenomene tot atât de acute. Autorii explică aceste reacţiuni prin producerea de anticorpuri, a căror prezenţă se poate stabili prin precipitine; în adevăr, la om precipitinele apar în a 3-a săptămână după injecţie, data ce coincide cu reacţiile rapide.

In cazul când la om există anticorpuri suficiente, o nouă injecţie de ser va da reacţie rapidă; dacă a trecut mai mult timp, anticorpurile, dispărute fiind în mare parte, vor da numai o reacţie grăbită.

In acelaş timp se observă şi o sensibilizare a organizmului; în adevăr, o primă injecţie de ser în cantitate de 1 cm³ nu dă nici o reacţie, pe când o a doua, în aceiaşi cantitate, după 3 săptămâni însă, va da edem local, eritem etc., sensibilizare, ce s'ar explicà tot prin prezenţa de anticorpuri libere, cari în contact cu serul reinjectat ar da reacţie imediată.

BRUCKNER.

Karl Sadler. **Ueber den Einfluss des Temperaturoptimum von 55° C. auf die agglutination bei'm Ficker und Widal'schen Versuche.** (Asupra influenţei temperaturei de 55° asupra aglutinărei bacilului tific prin procedeele lui Ficker şi Widal). *Berliner Klinische Wochenschrift.* 1905 Martie 6, No. 10. Pag 255—256).

Sadler a încercat într'un caz în clinica lui Jaksch din Praga, procedeul de aglutinare al bacilului tific indicat de Weil (Centralblatt für Bakt. No. 36, 37 1904) confirmat de Hoke şi Salus, la temperatura optimă de 55°. Serodiagnosticul a fost făcut după procedeul Widal şi Ficker, la etuvă la 37° şi într'o bae-marie la 55°. Pe când la 55° cu procedeul lui Ficker serodiagnosticul a fost pozitiv după 5 minute în proporţie de 1:1000 şi cu procedeul lui Widal de 1:200, la 37_0 dabia după 4 ore serodiagnosticul în aceleaşi proporţii s'a arătat pozitiv.

Sadler confimă deci şi el modificări introduse de Weil în serodiagnosticul febrei tifoide şi arată în cazul lui că procedeul lui Ficker a fost mai sensibl decât a lui Widal.

S. IRIMESCU.

P. Salmon. **Diagnostic expérimental de la variole et la varicelle.** *(C. R. Société de Biologie* No. 6 1905).

Bazându-se pe faptul că variola este inoculabilă pe când varicela nu, autorul recomandă să se inoculeze carnea unui iepure, făcîndu-se câtevà sgârieturi epiteliale, cu vaccinostylul. După 24—48 ore apariţiunea câtor-va vezicule decide că avem aface cu variola. Varicela rămîne neinoculabilă.

Vincent recomandă acelaş procedeu pentru constatarea activităţii vaccinului. Mai adaugă că filtrând lympha vaccinală prin Beskefeld, filtratul nu e inoculabil.

A. S.

Yonetaro Kikuchi. Ueber die Aggressinimmunität gegen den Shiga-Kruseschen Dysenterie-bacillus. (Imunizare prin agresină contra bacilului disenteriei). (Shiga Kruse). *(Wiener klin Wochenschr.,* No. 17, 1905).

Imunizează iepuri, cobai, şi oi cu agresină disenterică, după metoda descoperită de Bail, şi cu serul acestor animale reuşeşte să proteagă animale noi contra doselor mortale de bacilli disenterici; observă ca şi Bail, leucocitoză intensă peritoneală, urmată de dispariţia complectă a microbilor injectaţi; leucocitoza este cu atât mai repede, cu cât serul e mai activ; fagocitoza energică nu se vede decât la cazurile de imunitate activă; serul aglutina, cel de iepure în proporţie de 1:50, cel de oae 1:100, cel de cobai 1:500. Pentru complectare citàm câteva experienţe.

1) Un cobai primeşte 1,00 cm.^{3} intravenos de ser dela un iepure ce primise în 3 luni 0,95 cm.^{3} agresină intravenos; după 15 ore se injectează $1^1/_2$ tub cultură, origina Kruse; exudat purulent după 2 ore, dispariţia microbilor; animalul supravieţueşte fără reacţie.

2) Un cobai primeşte 2,0 cm.^{3} subcutan ser de oaie ce luase în 5 luni 41.51 cm.^{3} agresină; după 15 ore se injectează intraperitoneal 1 tub cultura Kruse; leucocitoza după 3 ore, rari bacili.

La alt cobai preparat numai cu 0,5 cm^3 ser de oaie, leucocitoza apare după 6 ore numai, animalul e bolnav, dar a doua zi se restabileşte şi supraveţueşte. Controlul succombă în 20 ore prin septicemie.

3) Un iepure preparat cu 1,0 cm.^{3} ser dela iepurile din I-a experienţă suportă fără reacţiune după 2 ore o injecţie intravenosă cu 0,1 cm.^{3} agresină. Controlul moare după 3 zile.

BRUCKNER.

Edmund Weil. Die passive Aggressinimmunitat bei Hühnercholera. (Imunitate pasivă prin agresină la colera găinilor). *(Wiener klin. Wochenschr.,* No. 16, 1905).

Exudatul pleural produs prin inocularea de microbi ai colerii găinilor, injectat la iepuri, porumbei, găini, dă o imunitate solidă de cel puţin 3 luni; serul acestor animale, astfel preparat, injectat prealabil la alte animale, se arată protector contra infecţiilor experimentale; în doze mici prelungeşte notabil viaţa, în doze mai mari, împiedică infecţiunile, animalul supraveţuind fără să fi fost cel puţin bolnav. Serul cu care experimentează, e obţinut dela un iepure, care primise de 4 ori câte 2 cm.^{3} de exudat pleural, şi proteja în doze de $^1/_{10}$ cm.^{3}. Observă că serul obţinut prin acest procedeu imunizează nu numai contra rasei care s'a lucrat, dar şi contra altor rase străine. Autorul s'a servit de două rase virulente de colera găinilor, una provenind din Teplitz şi alta din München, iar serul cu care a făcut aceste experienţe provine dela un iepure ce primise în 7 injecţii 43 cm.^{3} de exudat cu agresină, produs prin injecţii de coleră, rasa Praga.

BRUCKNER.

Adam Wrzosek, Untersuchungen über den Durchgang von Mikroorganismen aus dem Blute in die Galle unter normalen Verhältnissen. (Cercetări asupra trecerii microbilor din sânge în bilă în condiţiuni normale.) *(Bulletin de l'Académie des Sciences de Cracovie,* Noembrie 1904.)

Autorul a instituit o serie de experienţe pe 16 câini, 2 epuri şi 2 cobai. Animalele adormite, le-a inoculat în vâna jugulară diferiţi microbi (B. prodigiosus, B. Coli, B. pyocyaneus, B. Typhi, etc.), apoi după câtevà ore, asigurându-se mereu că microbii continuă de a circulà în sânge, a scos puţină bilă ($^1/_2$ -- 2 c. c.), pe care a însămânţat-o pe geloză, bulion şi gelatină.

Autorul s'a asigurat prealabil prin experienţe in vitro că bila nu erà câtuşi de puţin bactericidă, faţă cu nici unul din microbii întrebuinţaţi, aşa că se elimină presupunerea că microbii s'ar fi putut găsì la un moment dat în bilă şi că apoi au fost distruşi.

Autorul în experienţele sale, n'a avut de cât în 3 cazuri rezultatul pozitiv din însămânţările făcute din bilă şi care rezultat pozitiv i-l atribue în mare parte technicei întrebuinţate.

Autorul conchide că bila nu primeşte microbi din sânge în condiţiunile fiziologice şi că ficatul nu posedă funcţiunea de a eliminà microbii sângelui.

C. G.

Haaland. Les tumeurs de la souris. (*Annales Inst. Pasteur,* XIX 1905. 165).

La şoarecii bătrâni se întâlnesc diferite tipuri de tumori epitheliale, având un caracter malign: ele prezintă o creştere nelimitată, dau metastase, reproducând tipul celular iniţial, provoacă în fine cachexia şi moartea animalului.

Tipul cel mai frecuent este adeno-carcinomul mamelei; el are toate caracterele unei maladii infecţioase. Într'o serie de cazuri s'a putut stabilì contagiozitatea acestei afecţiuni, de oarece a fost, deseori, suficient de a se introduce un şoarece canceros printre alţi şoareci îndemni, pentru a provocà apariţiunea a mai multor cazuri de cancer la indivizii sănătoşi.

Un fragment de cancer transplantat sub pelea unui şoarece sănătos, dă loc la formaţiunea unei tumori maligne. Aici este însă mai mult vorba de o grefă decât de o adevărată inoculaţie.

Pe lângă metastase, se pot observà la şoarecii canceroşi şi formaţiunea unor noduli epitheliali intrapulmonari; aceşti noduli n'au o origină metastatică, ci derivă din însuşi epitheliul alveolar, încât autorul îşi pune întrebarea dacă nu cumvà, presupusul virus canceros, fiind transportat în pulmon, a fost agentul provocător al acestei proliferaţiuni epitheliale.

Autorul a încercat în multe rânduri să provoace formaţiunea adeno-carcinomului prin inocularea tumorei filtrate. Intr'un singur caz inoculaţia a fost urmată de apariţiunea unei tumori maligne. Cazul fiind izolat, nu este convingător. Afară de adeno-carcinomul mamelei se întâlneşte la şoareci şi un cancer al maxilarului inferior, identic din toate punctele de vedere cu cancerul pavimentos lobulat cornos la om. In tumoară se observà globuri epidermice şi dinţi embrionari. Tumoarea pare a fi contagioasă.

Un al treilea tip de tumoare, cu *structură moluscoidă*, este foarte rar. Din contră, destul de des se întâlneşte un *limfom malign*, cu terminare fatală, şi caracterizat printr'o iperplazie enormă a ganglionilor şi a ţesutului adenoid în general. Sângele rămâne normal. *Maladia este contagioasă* şi, cliniceşte, reaminteşte limfadenia aleucemică, sau boala lui Hodgkin, la om.

I. CANTACUZINO.

Laignel-Levastine. Plexul solar în peritonite. *(Archives de Médecine,* Exp. No. 1, 1905.

Autorul studiază leziunile plexului solar în cazuri clinice şi în mod experimental: In 2 cazuri clinice de peritonită prin perforaţie (stomacală şi apendiculară) celule nervoase a ganglionilor solari: protoplasma celulelor devine gramuloasă şi vacuolară, substanţa cromatică este laquată sau în achromatosă.—In special semnalează figuri numeroase de neuronophagie: celule rotunde cari se incrustează în conturul celulelor nervoase, cărora le dă aspectul de creneluri. — Nucleul este vecinic peripheric.

Autorul a urmărit studiul acestor leziuni şi în mod experimental: a determinat intoxicaţii cu plumb şi cu toxină difterică şi a întâlnit aceleaşi leziuni.

In fine a căutat lucrând direct asupra plexului solar să determine felurite leziuni: cu ferul roşu, cu terebentină; celulele nervoase sunt cu atât mai alterate cu cât sunt mai apropiate de punctul traumatizat. Printre ele câtevà sunt normale, celelalte sunt în neuronophagie: au vacuole sau sunt în achromatoză sau în cromatolyză centrală.

Multe au nucleu la periferie şi cele mai alterate sunt înecate în mijlocul celulelor rotunde şi sunt reduse la nucleul sau la unul sau doi grăunţi cromatici.

In fine, autorul determinând peritonite experimentale cu streptococ, cu Eberth, coli, etc., constată aceleaşi leziuni mai intense: neuronofagie, dispariţia nucleului în protoplasmă, nucleolul în formă de stea, etc.

Din acest studiu, autorul conchide că plexul solar reacţionează urmând o normă constantă: la processus acut, leziuni parenchimatoase, la processus lent se adaugă şi leziuni interstiţiale.

A. S.

V. Rudow, Ueber den Gehalt an Lecithin des Herzens, etc. (Despre cantitatea de lecitină conţinută în inimă şi în rinichi, în stare normală, stare de inaniţie şi în degeneraţia grasă). *(Archiv für experimentelle Pathologie u. Pharmacologie,* 1905, Vol. 52, N. 3—4). De când s'a zdruncinat printr'un lung şir de lucrări, printre cari cele ieşite din laboratorul lui Pflüger ocupă un loc de frunte, credinţa în originea albuminogenă a grăşimii în degenerescenţa grasă, chestiunea acestei origini a rămas la ordinea zilei. Lucrarea de faţă este o contribuţie la această chestiune.

Lecitina are o structură similară, deşi mai complexă, cu aceea a grăsimilor neutre. Ca şi acestea conţine acizi graşi. Se impuneà dar cercetarea relaţiunilor ce ar puteà să existe între grăsimea patologică a degenerescenţei grase şi lecitina şi lucrarea lui R. nu este cea d'întâia în acest sens, dar ieste făcută cu metoade perfecţionate. Iată constatările lui, cari în parte nu sunt decât confirmări ale lucrărilor altor autori.

Cantitatea de lecitină cuprinsă în *inima* şi *rinichiul* normal de câine este de aprox. 8 % din organul uscat. *Această cantitate rămâne, putem spune, invariabilă, atât subt influenţa inaniţiei cât şi a intoxicaţiilor cu fosfor, cloroform.* Fie zis în treacăt, R. n'a reuşit să producă degenerescenţa grasă a rinichilor, otrăvind animale cu fosfor ori cu cloroform (narcoză profundă de 5 ore). Din faptele de mai sus autorul conchide că lecitina formează o parte integrantă din protoplasma celulelor respective și că acumularea de grăsime patologică nu se face pe seama iei.

In mușchii scheletului R. a găsit mult mai puțină lecitină ca în inimă.

RAINER.

H. Silbergleit, Beiträge zur Entstehung der akuten allgemeinen Miliartuberkulose. (Contribuțiuni la geneza tuberculozei acute miliare generalizate. *Virchows Archiv,* 1905, Vol. 179, No. 2).

Această lucrare făcută în institutul lui Lubarsch Posen), vine în sprijinul teoriei lui Weigert despre geneza granuliei. Se știe că această teorie, așa cum e formulată astăzi, în urma constatărilor complementare ale lui Ponfick, Benda, ș. m. a. postulează existența unui tubercul vascular ulcerat, de un volum destul de mare ca să poată furnisà circulației numărul de bacili necesari pentru producerea granuliei. Autorul dă rezultatele autopsiilor a 23 de cazuri de granulie examinate în mod ireproșabil. In 22 din aceste cazuri a găsit tuberculi vasculari ca punct de plecare al generalizării; ca sediu al acestor tuberculi vasculari s'a găsit cele mai dese ori, cum ierà de așteptat, vene pulmonare (de 11 ori), pe urmă canalul toracic (de 4 ori), în sfârșit o venă suprarenală (odată), cordul drept (odată), aorta toracică (odată), artera pulmonară (odată). In cele 3 cazuri din urmă s'a găsit câte doi tuberculi vasculari cu însușirile cerute de teoria lui Weigert, și anume, într'un caz în canalul toracic și într'o venă pulmonară, într'altul într'o jugulară și într'o venă pulmonară, în cel din urmă caz în sfârșit, într'o venă supra-renală și în aorta abdominală.

RAINER.

NEUROLOGIE ȘI PSICHIATRIE

I. Abadie. Crises de faux acouchement chez une tabétique. (Soc. de Neurologie de Paris, în *Revue Neurologique* No. 6, 1905.)

Autorul a observat o tabetică în vrâstă de 41 ani, ce prezentà crize dureroase, cari prin natura și modul lor de succesiune, aminteau perfect durerile facerii cu cari le comparà însăși bolnava. Singură durata erà mai lungă în aceste dureri de falsă facere. E interesant de înregistrat această nouă formă a crizelor viscerale, atât ca curiozitate științifică cât și pentru diagnostic, deși din acest punct de vedere interesul e mai puțin însemnat.

C. PARHON.

Gilbert Ballet. Un cas d'association du gigantisme avec le goître exophtalmique. (Soc. de Nevrologie de Paris, în *Revue Neurologique,* No. 2, 1905).

La o fată de 19 ani atinsă de gigantism se observă în acelaș timp simptomele maladiei lui Besedow. Autorul se întreabă dacă trebue să pună gigantismul pe contul tiroidizațiunii. Ipoteză naturală, căci faptele clinice și experimentale demonstră că ipo și atiroidizațiunea aduc oprirea desvoltării scheletului. Ipertiroidismul ar trebui să producă în mod logic contrariul. In acest caz însă asociaţiunea gigantismului cu maladia lui Graves ar trebuì să fie mai frequentă ceeace nu se întâmplă.

Ballet admite deci în acest caz o coincidenţă a unei duble leziuni tiroidiene şi pituitare amintind că Hinsdale a notat ipertrofia corpului tiroid de 13 ori pe un număr de 36 cazuri culese din autori diferiţi. Intre ipertrofia simplă şi ipertrofia cu semnele maladiei lui Basedow, zice comunicatorul, nu există probabil decât o deosebire de grad sau de modalitate.

Ne putem însă întrebà dacă tocmai o astfel de deosebire de modalitate n'ar fi capabilă în unele cazuri de ipertrofie tiroidiană să producă şi o exagerare a creşterii. O serie întreagă de cercetări ar fi încă de făcut asupra stării funcţionale a corpului tiroid, ipertrofiat şi asupra valoarei şi variaţiunilor produsului său de secreţiune.

G. PARHON,

Dr. Cullere. L'excitation sexuelle dans les psyhopaties anxieuses. *(Archives de Neurologie,* février, 1905.)

Diferiţi autori ca Pierre Janet, Féré, au atras atenţiunea asupra fenomenelor de excitaţiune sexuală la bolnavii atinşi de nevroze diferite cu fenomene anxioase. Cullerre remarcă aceeaşi coexistenţă în domeniul psihiatric. Autorul dă 7 observaţiuni aparţinând la 3 categorii de fapte: 1) psihozelor depresive cu bază neurastenică; 2) alienaţilor gemători; 3) nebuniei polimorfe a degeneraţiunilor (Cullerre e în genere partizan al vechilor clasificaţii psihiatrice). In toate observaţiunile autorului se constată legătura intimă dintre anxietate şi excitaţiunea sexuală, ultima apărând ca o consecinţă a celei dintâiu. Excitaţiunea sexuală împreună cu alte fenomene ca modificări în respiraţiune, circulaţiune, funcţiunile glandulare, ar fi pentru Cullerre expresiunea unei lipse de inhibiţiuni din partea scoarţei cerebrale asupra nucleilor bazilari şi în special asupra stratului optic care conţine centrii pentru aceste diferite funcţiuni. In sprijinul acestei opiniuni ar veni şi faptul că tocmai în crizele anxioase cele mai intense a stărilor melancolice conţinutul delirului e cel mai sărac, aproape nul, ceea ce ar arăta că activitatea corticală e atunci foarte redusă. Autorul recunoaşte de altfel că explicaţiunea dată de el e pur ipotetică. Intenţiunea sa principală a fost de a atrage atenţiunea asupra faptelor însăşi.

C. PARHON

Dr. Debray. Pathogénie de la déviation conjuguée de la tête et des yeux. *(Journal de Neurologie,* No. 5, 1905)

Această lucrare e o critică a opiniunii susţinută de curând de către Bard, după care deviaţiunea conjugată a capului şi a ochilor ar fi o consecinţă a hemianopsiei. Pierderea vederii de o parte aduce în mod quasireflex întoarcerea capului şi a ochilor în spre partea din spre care retina mai primeşte încă impresiuni luminoase. Aceasta e în mod general concepţiunea lui Bard. Se ştie însă că hemianopsia nu coincidă în totdeauna cu deviaţiunea conjugată. Partizanii opiniunii lui Bard admit împreună cu Dufour necesitatea unei scăderi sau inhibiţiuni însemnate a întregului emisfer bolnav pentru apariţiunea fenomenului de care ne ocupăm. Când această inhibiţiune nu există, excitaţiunile venite din afară prin intermediul altor căi ar impiedică producerea deviaţiunii conjugate. Debray obiectează însă cu drept cuvânt — citând exemple — că există cazuri de hemianopsie cari n'au prezentat nici un moment — chiar în faza comatoasă — deviaţiunea conjugată. Pe de altă parte, Déjerine şi Roussy au observat acest fenomen la o femeie oarbă din copilărie, deci în acest caz nu puteà să intre în discuţie posibilitatea unui raport între deviaţiunea conjugată a capului şi ochilor şi existenţa unei hemianopsii. Debray admite pentru mişcarea conjugată de care e vorba un centru în piciorul frontalei a II-a şi un altul în lobul parietal. Aceşti centrii sunt legaţi între ei, cu cei din emisferul opus şi cu diferitele zone sensoriale. Alteraţiunile de natură iritativă sau distructivă a acestor centrii ar produce deviaţiunea spasmodică sau paralitică ca şi disociaţiunile ce există în unele cazuri între deviaţiunea capului şi aceea a ochilor.

C. PARHON.

L. Ferrio. Vitiligo et tumeur névroglique centrale de la moelle. (*Revue Neurologique,* No. 5, 1905.)

Observaţiune clinică şi anatomopatologică a unui caz de vitiligo generalizat. Examenul microscopic arată prezenţa unei tumori nevroglice dependinte în mod evident de canalul ependimar şi care se întinde în toată întinderea măduvei spinării. Autorul cu drept cuvânt se mărgineşte a relatà faptul fără a voì să conchidă dela existenţa leziunii spinale la distrofia cutanată periferică şi atrage atenţiunea observatorilor asupra coexistenţei plăcilor de vitiligo cu alte simptome sau alteraţiuni nervoase în speranţa că studiul minuţios al faptelor din acest punct de vedere vor precizà cunoştinţele noastre relative la această curioasă turburare a pigmentaţiunii cutanate. Acesta e şi motivul pentru care am analizat aici lucrarea în chestiune.

C. PARHON.

Garnier et Santenoise. Réflexions sur un nouveau cas de paralysie générale conjugale d'origine syphilitique. (*Archives. de Neurologie,* février, 1905.)

Observaţiunea ce face obiectul acestei lucrări este interesantă prin preciziunea datelor ce arată că cei doi factori principali în producerea acestei paralizii conjugale sunt în primul rând sifilisul, în al doilea predispoziţiunea. Relativ la aceasta din urmă găsim în cazul studiat de autori că tatăl pacientului a sucombat ca dement senil cu ramolisment cerebral în azilul de alienaţi. Intru cât priveşte soţia, muma sa, a fost şi ea atinsă de demenţă, iar un văr al bolnavei din partea mumei sucombă în azil de paralizie generală. Sifilisul a fost căpătat în acest caz de bărbat care l'a transmis soţiei sale, căci aceasta n'a prezentat accidentele secondare decât după 2 ani dela căsătorie. Predispoziţiunea izolată n'ar fi fost totuşi în stare să producă paralizia generală conjugală, căci un frate al bolnavei a cărui activitate cerebrală e cu mult mai mare nu prezintă cu toate acestea nici o turburare mentală. Autorii discută în fine dacă trebue să admită ipoteza unui virus electiv cum au susținut unii autori ca Morel-Lavallé sau similitudinea în excesele venerice precum credeà Ball. Ultima părere trebue exclusă fără discuție în cazul de față, căci soții au trăit puțin împreună. Prima rămâne ca o ipoteză pe care în observațiunea prezentă faptele nici nu o confirmă nici nu o infirmă.

C. PARHON.

Gaukler și Roussy. **Note sur un cas d'acromégalie avec lésions associées de toutes les glandes vasculaires sanguines.** (Soc. de Neurologie de Paris, *Revue Neurologiqu,* No. 6, 1905).

La această acromegală în vârstă de 83 ani, examenul anatomopatologic a arătat un complex de alterațiuni și anume un morb al lui Pott dorsolombar cu abces prin congestiune. rinichi scleroși și kistici, ficatul de asemenea prezentà un număr de kiste pline cu un lichid transparent. Dar importanța cazului rezidă în alterațiunile glandelor vasculare sanguine. Astfel ipofisa erà sediul unui kist de volumul unei mandarine mici ce ocupà șeaua turcească foarte lărgită. Numai în partea superioară a kistului persistau încă resturi glandulare. Corpul tiroid erà transformat într'o gușă cu aspectul histologic fibrocoloid. Unele porțiuni din acest organ erau calcificate. Capsula suprarenală dreaptă de volumul unei portocale prezentà caracterele unui adenom în evoluție către cancer. Cea stângă cât un rinichiu de adult erà sediul unui cancer generalizat la totalul organului. In pancreas se observă o bogăție și o dezvoltare particulară a insulelor lui Langerhans. Autorii nu vorbesc nimic de ovare. In discuțiunea cazului se întreabă, dacă acromegalia e în raport cu aceste diferite leziuni ale glandelor cu secrețiune internă sau dacă destrucțiunea ipofisei a adus pe deoparte acromegalia, iar pe de alta și în mod independent de acromegalie alterațiunile glandulare. Fără a da un răspuns la aceste cestiuni, Gaukler și Roussy cred că sunt autorizați a conchide că există o solidaritate patologică a glandelor vasculare sanguine a căror conexiuni fisiologice au fost demonstrate încă de mult. Cazul mai prezintă încă, zic autorii, un interes particular pentru patogenia generală a tumorilor.

C. PARHON.

Prof. Heinrich Obersteiner. **Uber die Wirkungen der Radiumbestrahlung auf das Centralnervensystem.** (Despre acțiunea radiului asupra sistemului nervos central.) *(Arbeiten äus dem Neurologischen Institute an der Wiener Universität.* XII. Band. Separat Abdruck.*)*

Autorul continuă cercetările sale începute și expuse cu ocaziunea unei lucrări anterioare. Clinicește animalele prezintă fenomene de excitație sau de deficit. neliniște, alergare prin colivie, contracturi sau paralizii, turburări trofice, etc. Anatomopatologicește există mai cu seamă alterațiuni de ordine congestivă, dilatațiuni însemnate a vaselor cu infiltrație de celule rotunde mai ales în lungul vaselor, hemoragii, etc. Există de asemenea și alterațiuni celulare însemnate. Astfel corpusculii lui Nissl prezintă diferite grade de alterațiuni desagregative. Se observă o dilatare însemnată a canaliculelor endocelulare. Intr'un caz a găsit o alterațiune interesantă a nucleolului celulelor din coarnele anterioare.

Acest corpuscul foarte mărit prezintă un aspect muriform în locul aspectului rotund și regulat din starea normală. Cu metoda lui Marchi se observă granulațiuni de grăsime în celulele capsulare diu ganglionii spinalii ca și în endoteliul vascular. In lucrarea sa precedentă, autorul a pus chestiunea posibilității unei acțiuni elective a radiului asupra sistemului nervos fără a'i da vre-o soluțiune. De astădată se crede autorizat să răspundă prin negativ la această întrebare, admițând că toate fenomenele observate la șoaricii supușii radiațiunilor acestui nou element sunt consecințele turburărilor circulatorii și ale schimburilor nutritive produse de aceste radiațiuni. In fine autorul a observat că activitatea radiului întrebuințat s'a uzat destul de repede, așà în cât, primele animale în experiență au prezentat manifestațiuni patologice însemnate, pe când ultimele au rămas aproape neinfluențate.

C. PARHON.

Leopold Levi. **La migraine commune, syndrome bulbo-protubérentiel à étiologie variable.** *(Revue Neurologique,* No. 3, 1905.)

Autorul arată în această foarte interesantă lucrare că din punctul de vedere al localizațiunii migrena se poate considerà ca un sindrom al podelii ventriculului al 4-lea. Diferitele simptome ce însoțesc durerea în migrenă se explică perfect prin iradiațiuni la diferiții centrii ce se găsesc în această complexă regiune. Astfel e greața, vărsăturile, modificările pulsului și respirației, vertigiul, turburările vasomotorii, urinare, salivare, oculare și auriculare. Primul punct interesat și de unde pornesc iradiațiunile, e în această teorie în nucleul sensitiv al trigemenului. Autorul aplică la nucleii sensitivi cercetările făcute în domeniul celor motori și admite ca probabilă existența în ultimii de sub-diviziuni în raport cu diferitele teritorii periferice, fapt probat în domeniul motricității.

Ar există astfel o subdiviziune în nucleul sensitiv al trigemenului în raport cu inervațiunea meningee și tocmai aci ar fi sediul anatomic al turburărilor ce produc durerea în migrenă și punctul de plecare al iradiațiunilor ce dau loc la celelalte simptome. Cât pentru etiologie predispozițiunea unită cu alți factori ca cei de origină autotoxică ar aveà rolul principal.

C. PARHON.

G. Marinescu. **Lésions des neurofibrilles dans certains état pathologiques.** *(C. R. Société de Biologie* No. 12 1905).

Autorul semnalează că de câte ori substanța cromatofilă se alterează, neurofibrilele suferă schimbări analoage. Intr'un caz de myelită acută care a evoluat ca Paralyzia lui Landry toate celulele prezentau leziuni de dizintegrare a neurofibrilelor. Intr'un mod general, aceste leziuni erau mai întinse în celulă de cât în prelungiri.

În hemiplegii și paraplegii, cari evoluiază repede, leziunile neurofibrilelor se văd imediat, din contra, în aceleași maladii, cari evoluiază încet, leziunile neurofibrilelor apar mai încet. Sediul leziunii are o acțiune decisivă asupra aparițiunii dezintegrării neurofibrilelor. În leziunile sub-corticale și ale capsulei interne, neurofibrilele se alterează repede și celula se transformă în blocuri pigmentare. Leziunile neurofibrilelor încep în vecinătatea nucleului, apoi în regiunea centrală şi în fine la periferie. — Celulele în anometoză nu mai au neurofibrile. (Pellagra). Din contra, în cazul de picnomorfie perinucleară se vede o ipertrofie a neurofibrilelor, (procesus de reparaţie).

A. S.

Dr. Pierre Roy. Eschare sacrée chez une tabétique non alitée. (Société de Neurologie de Paris, în *Revue Neurologique*, No. 6, 1905.)

La o tabetică cu semne de scleroză combinată, Roy a văzut desvoltându-se în mai puţin de două zile, o escară sacrată ce se întinse repede în suprafaţă şi profunzime. Graţie îngrijirilor şi pansamentelor cu apă oxigenată, după cinci săptămâni dela debut escara erà pe cale de reparaţie. Interesul destul de însemnat al cazului rezidă în faptul că bolnava nu stă în decubitus ci circulà ca de obiceiu. Nici nu prezentà turburări sfincteriene, deci lipseau cele două cause ce se invocă de ordinar pentru explicarea escarelor. Origina trofonevrotică trebue deci admisă în mod necesar în cazul de faţă, deşi poate nu putem exclude în mod absolut şi intervenţiunea unui factor exogen cu rolul de cauză ocazională.

C. PARHON.

Prof. F. Raymond şi D-rii Huet şi Alquler. Paralysie faciale péripherique due a un fibro-sarcome englobant le nerf à sa sortie du bulbe. (*Archives de Neurologie*, Janvier, 1905).

Cliniceşte erà vorba de o bătrână prezentând o paralizie facială periferică cu reacţiune de degenerescenţă, ce datà de 13 ani.

Anatomo-patologiceşte s'a văzut că această paralizie erà datorită unei tumori. Examenul microscopic a arătat că această tumoră erà un fibrosarcom născut din învălişul conjunctiv al facialului şi care disocià şi comprimà fibrele acestui nerv cari, după ce au străbătut tumora, sunt lovite de atrofie.

Studiile lui Henneberg şi Max Koch, Philippe, Cestan şi Oberthür au arătat că alături de *neurofibromatoză* sau maladia lui Recklinghausen există o varietate nosologică a parte *neurofibrosarcomatoza*. Numele însăşi a acestei din urmă varietăţi arată în ce constă alteraţiunea nervilor sau a centrilor nervoşi. Dar de obiceiu tumorile în aceste cazuri sunt multiple, interesând centrii, rădăcinele sau nervii priferici. La bolnava ce face obiectul acestei lucrări, localizarea erà unică şi tocmai aci este interesul principal al cazului. De asemenea e interesant de constatat că acusticul care e de regulă interesat în neurofibromatoză a fost respectat. In fine merită să fie notat faptul că această tumoră ce a ocupat partea laterală a bulbului n'a dat naştere decât unei simple paralizii faciale.

C. PARHON.

André Thomas. Syndrome cérébelleux et syndrome bulbaire. (*Revue Neurologique*, No. 1, 1905.)

Interesul acestei observaţiuni rezidă în faptul că ne arată cum o leziune bulbară puţin întinsă poate da naştere sindromului cerebelos. Participarea altor sisteme de fibre permit precum se va vedeà diagnosticul probabil al unei leziuni bulbare. Iată în scurt această observaţiune. In 1886 hemiplegie alternă tipul sindromului lui Weber. Paralizia membrelor dispare în curând pe când a perechei a III-a persistă. In 1897 apar vertigii, turburări de echilibru, anestesia feţei, o tremurătură intenţională a membrelor superioare mai pronunţată la dreapta. In 1900 turburările de echilibru se agravează, apare o paralizie a membrelor inferioare, gatism, turburări neuroparalitice a corneei stângi şi o paralizie facială de aceeaşi parte.

Autorul observând bolnava în 1898 s'a gândit la o leziune cerebeloasă. Dar vertigiile frequente şi violente, hemiplegia alternă, paralizia trigemenului se opuneau admiterii unei leziuni sistematizate a creierului mic sau a pedunculilor săi. O multiplicitate de focare ca în scleroza în plăci ar fi explicat mai bine simptomatologia. Dar persistenţa paraliziei perechei a III-a şi a celei de a IV-a lăsă o indoială asupra diagnosticului. Bolnava sucombând s'a văzut existenţa unui ramolisment bulbar, a unor focare de scleroză în plăci, a unei meningite diseminate şi a unei leziuni spinale. Ramolismentul bulbar explică prin atingerea căilor cerebeloase turburările de echilibru, căderile pe partea stângă şi poate vertigiile. Prin întreruperea rădăcinii descedente a trigemenului, aceeaşi leziune dă raţiunea anesteziei faciale. Un focar de scleroză pe traectul fasciculului central al calotei explică poate în parte turburările de echilibru, căci prin conexiunile sale cu oliva, acest fascicul întră în raport cu cerebelul.

Paralizia perechei a III-a şi a celei de a VII-a par a fi în raport cu exudate pe traectul acestor nervi. Hemiplegia trecătoare pare a fi fost de natura vasculară, căci bolnava eră sifilitică.

Mecanismul tremurăturii e mai obscur. O tremurătură a membrelor superioare, mai puţin intensă totuşi, a fost semnalată într'o observaţie a lui Babinski şi Nageotte într'un caz de ramolisment bulbar. Coexistenţa sclerosei în plăci şi a sifilisului lasă în fine să se întrevadă posibilitatea unei legături între aceste două boale.

C. PARHON.

Weber. Note sur la dégénérescence secondaire consécutive à un foyer de ramolissement dans la région calcarine. *(Archives de Neurologie.* Mars 1905.)

Din acest studiu autorul conchide că: 1. După un ramolisment al regiunii calcarine fasciculele sagitale au fost şi ele lezate direct. 2. Degenerescenţa secundară se localizează mai întâiu la partea inferioară a radiaţiunilor talamice şi a fascicului longitudinal inferior. 3. Intr'o regiune mai frontală această degenerescenţă se subdivide în: *a)* O zonă inferioară ce merge la lobul temporal; *b)* O zonă superioară ce merge la corpul geniculat extern şi la pulvinar. 4. Această degenerescenţă e mai forte în fasciculul longitudinal inferior decât în radiaţiunile optice. Cazul acesta confirmă rezultatele lui Von Monakow după cari partea dorsală a fasciculelor sagitale ale lobului occipital stabilesc conexiuni între partea posterioară a stratului optic şi lobul parietal şi că n'are raporturi de oarecare importanţă cu cuneus, lobulul lingual şi occipitala II-a. In cazul acesta substanţa albă infero-laterală a corpului geniculat extern e intactă ceea ce demonstră conform opiniunei lui Von Monakow că ea n'are raporturi cu sfera optică. Weber mai discută înfine funcţiunile fasciculului longitudinal inferior. Se ştie că pentru Dejerine şi Von Monakow, acesta ar fi constituit din fibre de asociaţiune între zona vizuală şi lobul temporal pe când pentru Flechsig şi Probst ar fi format din fibre de proecţine ce leagă talamus cu zona vizuală certicală.

Weber admite cu Starakotlitzki că acest fascicul conţine şi fibre de asociaţiune şi de proecţiune. Amestecate în lobul occipital în partea inferioară a fasciculului longitudinal inferior aceste fibre se separă mai înainte cele de proecţiune ocupând etagiul dorsal şi mergând la corpul geniculat extern, pulvinar şi ceilalţi ganglioni bazilari pe când fibrele de asociaţiune rămân în etagiul inferior şi merg la lobul temporal.

C. PARHON.

Dr. Simon. **Epilepsie, délire alcoolique, mélancolie, tentative de suicide et paralysie général chez le fils d'une mère alcoolysée et d'un père suicidé, étant lui même syphilitique et alcoolique.** (*Archives de Neurologie,* février, 1905.)

Observaţiunea aceasta e interesantă prin asociaţiunea mai multor afecţiuni mentale deosebite la acelaş individ, influenţându-se între ele dar totuşi rămânând destul de independente în simptomatologia şi evoluţiunea lor. Slăbirea globală a psihicului bolnavului ce a survenit încetul cu încetul în ultimul an asociată cu unele turburări somatice ca acelea ale pupilelor şi ale vorbirii aparţin paraliziei generale consecinţă ea însăşi în cazul de faţă a unui sifilis la un individ cu o ereditate foarte încărcată. Halucinaţiunile senzoriale, tremurăturile prezentate de bolnav sunt în raport cu alcoolismul mărturisit al acestuia. Evoluţiunea în bine a acestor din urmă turburări după internare şi deci după suprimarea intoxicaţiunii alcoolice sunt în concordanţă cu această interpretare. Dar bolnavul a prezentat de când se ştie concepţiuni delirante triste, idei de sinucidere pe cari Simon le pune în legătură cu ereditatea încărcată a bolnavului mai ales cu aceea din partea tatălui.

C. PARHON.

PATOLOGIE EXTERNĂ

Martin Kochmann. **Zur Frage der Morphin-Skopolaminnarkose** (Narcosa cu morfină scopolamină). (*Münchener medizinische Wochenschrift,* No. 17, 25 Aprilie 1905.)

După Kochmann injecţiunile cu morfină-scopolamină (procedeul lui Schneiderlin-Korff, preconizat în timpul din urmă şi în Franţa de Terrier şi Desjardins) nu sunt de recomandat ca metodă de anestesie generală, din cauza accidentelor cari pot să le urmeze. O injecţiune prealabilă de morfină şi scopolamină (cel mult 0,01—0,02 clorhidrat morfină şi 0,5—1 mgr. scopolamină hidrobromică în soluţie proaspătă) îşi are însă utilitatea sa, de oare ce facilitează narcosa prin cloroform sau eter. Mai ales pentru eter, injecţiunea aceasta oferă avantagii, de oare ce împedică ipersecreţiunea glandelor salivare şi glandelor mucoase şi pneumoniile consecutive, acestei narcoze contrariu celor susţinute de Terrier şi Desjardins, după cari narcoza cu eter e contra indicată în urma injecţiunilor de morfină-scopolamină. In injecţiunile acestea Kochmann recomandă o deosebită atenţiune, când e vorba de nefritici sau de cardiaci.

Statistica mortalităţii 12 cazuri din 1.200 narcose, cu morfină scopolamină ne impune rezerve asupra generalizării metodei. Ţifra aceasta de 1% mortalitate e foarte ridicată, faţă de statisticele din anesteziile cu cloroform (1: 2.075) sau cu eter (1: 5.112). E drept că jumătate din aceste cazuri mortale provin dela bolnavi, cari erau absolut perduţi şi cari ar fi sucombat probabil cu orice narcoză. Metoda, pe de altă parte, e numai la începutul ei şi când va fi mai bine experimentată, e probabil că indicaţiunile se vor lămurì şi statistica se va ameliorà.

S. IRIMESCU.

Nimier. Plaies de guerre en Mandchourie. (*Caducée*, No. 7, 1905).

Din rapoartele diferiţilor medici militari ruşi şi japonezi şi din corespondenţele reporterilor medicali (al ziarului *Lancet* de ex.) reiese că datele experimentale şi cele câştigate în ultimele războae sunt confirmate. Ruşii au glonţ de 7,^{mm}.$^1/_2$ calibru; Japonezii unul de 6,^{mm}.$^1/_2$ în linia întâiu (ca şi al armatei noastre) şi unul de 8^{mm}. la trupele de rezervă. Bătălia dela Liao-Yang a arătat încă odată că epitetul de arme umanitare, dat armelor de azi, nu este justificat. — Infecţiunile sunt mai rari cu gloanţele armelor de calibru mic; Dr. Zeldovici n'a observat la Tien-Tsin pe 150 de bolnavi, decât un singur cas de supuraţie a traiectului. Leziunile vasculare sunt mai dese, mai ales anevrismele arterio-venoase.

Plăgile toracelui sunt foarte benigne, Zeldovici a văzut soldaţi parcurgând 20—30 chilometri pe jos, după ce glonţul traversase toracele.

Leziunile abdomenului au fost de asemenea foarte uşoare. Kolini are un singur deces pentru 27 cazuri. Zöge von Manteuffel, Sonnenblick şi Logaşin au observat acelaş lucru.

Extracţia proiectilului din plăgi nu a fost regula; Sonnenblick nu l'a extras în 20% din cazuri, nici nu l'a căutat chiar decât în cazuri de gangrenă a pielei.

M.

Profesor Dr. Riedel, (Jena). **Die Behandlung des Panaritiums.** (Despre tratamentul panariţiului.) (*Deutsche med. Wochenschr*, 1905, No. 1.) Lecţiune clinică

Relevăm că R. ca şi alţii, când face incizia pentru sinovita tendinoasă a policelui ori a micului deget, nu cruţă ligamentul anular al carpului. Incizează teaca tendinoasă îndată ce apare durerea pe traiectul tendonului; într'un caz în care a avut ocazia de a vedeà pe pacientul, avertizat să se prezinte, 3 ore după debutul durerii, a obţinut astfel restitutio ad integram rem. E interesant tratamentul ulterior cu băi calde prelungite timp de o oră, odată şi chiar de 2 ori pe zi, al sinovitelor tendinoase supurate şi bine înţeles deschise. A obţinut, graţie acestor băi, rezultate strălucite în ceeace priveşte repeziciunea vindecării şi buna stare funcţională a tendoanelor, care nu se mai mortifică.

Cicatricele jenante le exstirpă.

RAINER.

Prof. C. Sarwey, Tübinger. **Bakteriologische Bemerkungen zur Heisswasser-Alkohol-Desinfektion.** (Observaţiuni bacteriologice privitoare la desinfectarea prin apă fierbinte şi alcool.) *(Deutsche med. Wochenschrift,* 1905 No. 1).

E cunoscută în deobşte starea actuală a problemei grele a desinfecţiunii mânilor. Se ştie că dintre oamenii competenţi, singur Ahlfeld, profesorul de obstetrică dela Marburg, are convingerea că se poate obţine sterilitatea mâinilor prin metoda preconizată de dânsul: Spălarea mâinilor cu apă cât se poate de fierbinte, săpun şi perie, timp de 5 minute; frecarea degetelor şi a mâinilor cu bucăţele de flanelă îmbibată cu alcool 96% iar 5 minute. Operaţiunile acestea fiind făcute cu toată atenţiunea şi cu o mare energie mecanică.

Lucrarea de faţă a lui Sarwey, unul dintre cei mai autorizaţi de a vorbì în această chestiune, este de natură de a încheià polemica la care a dat naştere publicarea metodei lui Ahlfeld. Intr'adevăr S. s'a servit de procedeul de control bacteriologic al sterilităţii mâinilor imaginat de Ahlfeld, operând însă în mod mai riguros din punctul de vedere al tecnicei bacteriologice. Rezultatul a fost cel prevăzut: nu s'a putut obţine niciodată sterilitatea mâinilor prin procedeul lui Ahlfeld.

RAINER.

Talayrach. **Le tétanos dans l'armée allemande.** *(Archives de Médecine et Pharm. militaires,* Mars 1905.)

Tetanosul în urma plăgilor prin armă de foc, aproape a dispărut din armata germană. Cazurile observate sunt datorite mai cu seamă plăgilor consecutive împuşcărilor cu cartuşele de manevră. Mortalitatea în asemenea cazuri este de 80% (7 cazuri vindecate din 34 de cazuri), pe când în tetanosul datorit altor cauze este de 61%. Plăgile provocate de proiectilele adevărate neproducând de 20 ani nici un caz de tetanos, s'au gândit că provocătoarele lui sunt materialul întrebuinţat la facerea acestor cartuşe, compuse dintr'un tub metalic, pulbere, bure de carton şi un glonţ de lemn, care la eşirea din ţeavă se reduce imediat în ţăndări. Bucăţile de lemn examinate, nu s'a putut găsí bacilul; pe când din burele de carton în 57% cazuri. Muschold a izolat bacili caracteristici, iar Bishoff inoculând din 5 bucăţi de carton 15 şoareci, 9 au murit de tetanos. In urma acestor constatări s'a decis sterilizarea cartonului întrebuinţat la confecţionarea cartuşelor de manevră.

MANEA.

P. Terrier şi A. Desjardins. **Scopolamine comme anesthésique général en chirurgie.** *(Presse médicale,* 4 Martie 1905).

De câtva timp anestezia în chirurgie suferă mereu modificări, căutându-se a se aflà un produs chimic, care să îndeplinească două condiţiuni destul de importante şi anume: una să convină chirurgului, care vreà ca bolnavul să doarmă bine, şi fără nici un pericol, alta bolnavului care aşteaptă ca operatorul să-l adoarmă cu un anestezic ce să nu fie mai periculos şi mai de temut decât însăşi operaţia.

Scopolamina îndeplineşte aceste 2 condiţiuni, căci prezintă minimum de pericol cu maximum de avantagii pentru bolnav. Afară de aceasta, întrebuinţarea sa este de o technică uşoară, necerând nici un aparat special şi nici o îndemânare mare.

Scopolamina a fost întrebuințată întâi în Germania, anume la Berlin de Schneiderlin în 1900, iar în Franța în serviciul de clinică de la Pitié, la 5 Decembrie 1904.

Formula acestui anestezic este $C^{17} H^{21} AzO^{4}$. El a fost extras din Scopolia japonica de Schmidt în 1890 și în 1904 Decembrie. Kolitsch studiă proprietățile sale fiziologice și chimice. Se prezintă sub formă de cristale prismatice, fuzibile la 59°, solubile în apă, foarte solubile în alcool și eter. Se alterează la aer și la lumină foarte repede, deci trebue să o întrebuințăm totdeauna proaspătă.

Sarea întrebuințată este bromidratul. In comerț este foarte impură, de aceea trebuie să se ieà dela casa Merk unde se găsește cea mai pură chimicește.

Scopolamina are proprietatea fiziologică de a paraliză acțiunea inhibitoare a pneumogastricului și aduce deci o încetineală a respirației și o accelerare a ritmului cardiac.

Proprietățile sale vaso-dilatatoare se manifestă printr'o coloare roză a feței, printr'o mărire de secrețiuni, sudoare, salivă, urină și printr'o midriasă mai mult sau mai puțin accentuată. Puterea sa narcotică se manifestă asupra creerului, printr'un somn irezistibil, fără vise și delir.

Cazurile de anestezie prin scopolamină publicate până acum, sunt numai de 1.488 în Germania și 26 în Franța.

Technica operatorie. Anestezia cu scopolamină se obține prin ajutorul injecțiunilor subcutanate făcute cu siringa Pravaz. Nu toți operatorii întrebuințează o soluție identică și nu toți proced în acelaș mod. Un punct le este comun, anume: toți recunosc necesitatea de a adăogà la soluția de scopolamină o anume cantitate de morfină; aceasta din urmă este un puternic antidot al scopolaminei și o face astfel cu totul inofensivă.

Iată technica urmată de diferiți chirurgi: Prof. Israel face o injecțiune cu 8/10 de mmgr. de scopolamină și 2 centigr. de morfină, două ore înainte de operație.

Dirk, asistent la prof. Rotter, face cu două ore înainte de operație o primă injecție de $^{1}/_{2}$ mmgr. și de 1 centigr. $^{1}/_{2}$ de morfină; o oră după aceasta, adică o oră înainte de operație, face o a doua injecție cu $^{1}/_{2}$ mmgr. de scopolamină și cu 1 ctg. de morfină.

Ziffer, asistent prof. Dirner (Budapesta), întrebuințează o soluție ce conține $^{1}/_{2}$ mmgr. de scopolamină și 1 centigr. de morfină pe centimetru cub și face o primă injecție la 2 ore și $^{1}/_{4}$ înainte de operație, o a dona la o oră și $^{1}/_{4}$ și o a treia la $^{1}/_{4}$ oră.

Prof. Bloch din Friburg în Brisgau, dă doze mai forte de scopolamină, făcând injecții la intervale mai mari, pentru ca să producă somnul cel mai liniștit și cel mai adânc și întrebuințează, soluția compusă din:

Bromidrat de scopolamină . . . . 0 gr. 0012 dimiligr.
Cloridrat de morfină . . . . . 0 — 012 milig.
Apă distilată . . . . 1 cm. cub.

Acest autor face o primă injecție la 4 ore înainte de operație, o a doua la 2 ore, a treia la 1 ceas. Soluția de care se servește d-l Terrier și Desjardin, este cam aceeași ca proporțiuni respective de scopolamină și morfină, dar întrebuinţează numai 1 milig. de scopolamină şi 1 centigr. de morfină pentru 1 cm. cub de apă.

Alături de technica aceasta care caută să obţină anestezia fără de a mai asocia scopolamina cu cloroformul, există şi o alta, care pare a fi mai bună pentru laparatomii, adică de a asocià scopolamina cu cloroformul. — Se micşorează atunci doza de scopolamină, nefăcându-se decât o injecţiune de 1 mm. gr. 2 ore înainte de operaţie, şi înainte de a o începe să dea bolnavului cloroform. Această technică are avantagiul de a evità vărsăturile şi durerile în timpul deşteptării şi nici nu avem să ne temem de contractura muschilor abdominali şi nici de vaso-diliataţia subcutanată.

Doza de cloroform pe care o întrebuinţăm este greu de precizat.—Ceea ce trebue să reţinem este că dacă dăm bolnavului o doză de scopolamină înainte, aceasta micşorează enorm de mult rezistenţa sa la anestezic şi deci ne trebuie o doză mult mai mică de anestezic pentru un rezultat egal, decât în cazul când am da numai cloroform.

Mikulicz pe 1.000 anestezii, obţine o medie de 80 grame cloroform pentru 100 minute de anestezie; cu o injecţie de scopolamină, această medie scade la 14 sau 16 grame pentru 100 miuute de anesteziere.

Dacă voim să întrebuinţăm un anestezic cu scopolamina, nu trebuie nici odată să ne servim de eter, ci numai cloroform.

Eterul congestionează aparatul respirator, scopolamina produce şi ea o vasodilataţie, aşà în cât putem da naştere unei congestii pulmonare sau unui edem acut al pulmonului, mai ales în zilele ce urmează după operaţie.

Studiul clinic, după prima injecţie, cam la 20—30 minute, bolnavul este cuprins de un somn progresiv, asemănător cu cel normal, şi anume după ce a căutat să reziste câtvà timp, se freacă la ochi, cască, se învârteşte în pat, ideile devin confuze, cuvintele neînţelese, pleoapele se închid şi bolnavul începe să doarmă.

Respiraţia este calmà, gura intredeschisă. Adeseaori bolnavul face instinctiv câtevà mişcări reflexe, îşi pune mâna pe faţă, se svârcoleşte în pat, şi dacă îl desvelim, caută să se invelească din nou.

După a doua injecţie somnul este mai adânc, cu toate astea, simte înţepătura făcută cu acul seringei, căci pune mâna la acest nivel. Mişcările reflexe, diminue, respiraţia devine foarte calmă, şi este mai rară, pulsul din contra, se accelerează puţin.

Bolnavul doarme aproape totdeauna pe spate, gura deschisă, braţele ridicate deasupra capului, pumnii închişi, adesea ori sforăe. Din buze de multe ori face mişcări de sugere ca şi cum visează că ar bea apă. Cu toate acestea în acest moment, dacă îi vorbim tare, dacă îl zguduim, deschide ochii, având privirea unui om care se deşteaptă din somn, spune câtevà cuvinte întrerupte se întoarce pe partea cealaltă şi adoarme aproape îndată.

După a treia injecţie somnul este de obicei complect şi anestezia este făcută. Bolnavul nu arată nici o sensibilitate, nici la ciupire. nici la înţepare (nu simte a 3-a injecţie), Faţa este puţin mai colorată decât în stare normală, fără a fi câtuşi de puţin cianozată, este roză şi nu albă, din cauza vaso-dilataţiei subcutanate; câteodată are picături de sudoare pe frunte. Respiraţia este mai înceată are 12—16 respiraţiuni pe minut; ea este plină, profundă, inspirația mai ales este prelungită. Pulsul e plin, bine lovit, regulat, dar repede, variând după indivizi, între 90 și 100 de pulsațiuni; dacă se ridică pleopa, se vede pupila dilatată și întoarsă în sus, ca și în somnul fiziologic.

Membrele nu sunt în complectă rezoluție, putem să le facem să execute toate mișcările, fără să aibă rezistență, tonusul muscular persistă, — dacă se ridică în sus ele nu cad într'un mod flasc, ca în rezoluțiunile musculare absolute, ci încetul cu încetul.

Este de observat că somnul deși este foarte profund, totuși dacă se sgudue bolnavul, dacă i se vorbește tare, dacă se face sgomot împrejur se deșteaptă exact ca un om care a fost adormit. Dacă însă se ciupește, dacă se înțeapă, nu arată nici o sensibilitate. Această anestezie complectă cu persistența funcțiunilor intelectuale este interesantă, căci scopolamina pare a lucrà numai asupra fibrelor senzitive.

Deci trebue să transportăm bolnavul cu o mare precauțiune, evitând de al mișcà brusc. Trebue ca în timpul operației să facem tăcere absolută și să nu mișcăm bolnavul cum se face de obicei cu cloroformul pentru a ne asigurà, dacă a adormit. Trebue să-i acoperim ochii cu o compresă, căci în caz de se deșteaptă deschide ochii și vederea persoanelor din prejur îl face să se deștepte complect.

În timpul operațiunii, se întâmplă uneori că bolnavii fac câtevà mișcări reflexe: mișcă picioarele sau brațele, ridică capul. În cazul acesta nu trebue să întrebuințăm forța pentru a-l liniști, căci se poate întâmplà să-l deșteptăm, ci să limităm mișcările aducând încetul cu încetul membrele la poziția lor primitivă.

Uneori se întâmplă că, făcând incizia cutanată se observă o emoragie mai mare ca de obicei și anume nu emoragie în jet, ci sângele se prelinge din plagă. Atunci trebue să ne oprim pentru câtevà momente și să punem o compresă de gaz ca să oprim emoragia; cu cât mergem mai profund cu atât vasodilatația este mai mică și emorogia mai normală. S'a observat că cu cât bolnavii dorm mai bine, cu atât vaso-dilatația pare mai puțin pronunțată.

Dacă bolnavul nu dorme complect, trebue să-i dăm cloroform și anume câtevà inhalații ca să obținem un somn adânc fără periodă de excitație. Îndată ce dăm chloroform, pupila se contractă și mioza înlocuește midriaza.

După operație bolnavul doarme liniștit ca și înainte, respirația este calmă bolnavul nu se vaită și are o transpirație abundentă.

Durata somnului variază după indivizi, în medie este de 4 sau 5 ore după operație (în total 9—10 ore).

Deșteptarea se face ca și în somnul fisiologic. Bolnavul deschide ochii, caută să-și adune ideile și întreabă pe cei din prejur dacă a fost sau nu operat, cere să beà și după ce a băut adoarme din nou încă câtevà ore.

Câteodată se deșteaptă de tot, se freacă la ochi, ca după un somn adânc și cere să mănânce. Mulți dintre bolnavi nu cred că au fost operați.

După ce a mâncat, unii se culcă din nou și nu se deșteaptă decât a doua zi, alții se deșteaptă de mai multe ori peste noapte, iar alții nu dorm de loc, toți însă rămân liniștiți și nu suferă de loc.

A doua zi, pulsul și respirația au revenit la normală, adesea ori midriaza perzistă 24 ore. Bolnavul nu are dureri de cap și mănâncă ca de obicei.

Ceeace este interesant la acest anestezic, este că anestezia persistă și se prelungește timp de 24 ore, câte odată chiar 2 și 3 zile, așà în cât nici un operat nu se vaită de durerile inciziei, nici unul nu a avut nevoe de calmant după operație. Nu s'a observat nici vărsături, nici dureri de cap, ca la celelalte anestezii

Urinele sunt normale, nu conține albumină ca după cloroform. Cantitatea e puțin mărită 1.200—1.500 grame.

Dacă facem numai o injecție cu scopolamină 2 ore înainte de operație și-i dăm și chloroform, doarme mai puțin profund decât cu 3 injecțiuni. În cazul acesta trebue să dăm bolnavului puțin chloroform când este încă în pat, și când incizia pielii a fost terminată, încetăm cu cloroformul și bolnavul continuă a dormì un somn ușor fără cea mai mică mișcare.

În scurt, foloasele acestei metode sunt:

1) Suprimarea fazei de excitație, care precede rezoluția musculară și poate supresiunea sincopei inițiale.

2) Perderea absolută a cunoștinței și chiar a aducerii aminte.

3) Durata lungă a somnului (8—10) ore.

4) Neapariția vărsăturilor, icnelilor și durerilor de cap, ce însoțește celealte anestezii, mai ales la deșteptare.

5) Liniștea operatului care doarme și noaptea următoare, fără a fi nevoe de morfină.

6) Absența albuminei în urină.

7) Marea sa inocuitate, ceeace face să poată fi întrebuințat la tuberculoși cardiaci și cachectici.

8) In fine folosul cel mare al scopolaminei este persistența anesteziei îndelungate după somn. Niciodată bolnavii nu s'au plâns de incizie nici după 2 zile, ceeace se întâmplă cu celelalte anestezii.

Alături de aceste avantagii se găsesc și inconveniente:

Unii bolnavi dorm repede și complet, alții greu și incomplet, așà în cât e nevoe de o anume cantitate de cloroform.

Al doilea desavantagiu este vaso-dilatația care împedică pe operator și care necesită o emostază foarte bine făcută.

Câteodată avem contractarea pereților abdominali, contractură care persistă cu tot cloroformul și care contra indică întrebuințarea scopolaminei la chirurgia abdominală.

Cu toate acestea cu o injecție de 1 mmgr. nu se observă nici contractura pereților, nici vaso-dilatație.

Asociată cu cloroformul, micșorează accidentele acestuia, cu eter însă mărește pericolele lui.

P. GAL.

Dr. Iulius Vogel. (Berlin). **Die neueren Methoden in der Diagnostik der chirurgischen Nierenerkrankungen.** (Metodele noi în diagnosticul afecțiunilor chirurgicale ale rinichilor.) (*Berliner klinische Wochenschrift*, No. 17 din 24 April 1905).

Autorul, asistent la policlinica profesorului Possner din Berlin, face un rezumat destul de amănunțit al metodelor existente, pentru stabilirea diagnozei funcționale și localizării leziunilor renale. După ce dă *Examenul cu Methylenblau*, apoi încercarea ce s'a făcut de a-l înlocuì prin injecțiunea Indigocarminului (Voecker și Iosef), expune o observație personală, în care deși s'a stabilit prin alte mijloace că rinichii erau sănătoși, totuși prin metoda Indigocarminului, s'ar fi putut conchide neîndoios la existenţa sau a unei leziuni profunde a unuia din rinichi, sau la prezenţa unui obstacol ureteral Apoi, e lucru ştiut, că chiar în mod normal rinichii n'au aceeaşi iuţeală de eliminaţiune. Nu mai proprie, să dea un rezultat exact, se pare că este *stabilirea părţilor solide eliminate în 24 ore în urină*. *Rosving* a arătat în anume cazuri rinichiul bolnav, poate printr'o acţiune toxică sau chiar reflexă să facă să pară bolnav, rinichiul celalt în realitate sănătos, şi depozitările să dispară numai în urma nefrectomii făcută asupra celui real bolnav. In ceea ce priveşte examenul împreună a urinii de 24 ore a ambilor rinichi, stabilirea cantităţii clorurilor e aproape fără valoare, clorurii variind foarte neregulat chiar la oamenii sănătoşi Ceva mai elocuent ar fi examenul acidului uric. Se bucură în ultimii timpi de o consideraţie mai mare metoda *crioscopiei*, adică stabilirea punctului de congelaţie a urinei şi sângelui. Korànyi a introdus-o în clinică. Stabilirea punctului de congelaţie a unui lichid, ne dă o măsură a concentraţiei lui moleculare; cu cât aceasta e mai mare cu atât mai jos e punctul de congelaţie în raport cu acel al apei. Korányi şi Kümmell au dat ţifrele normale aproximativ, deşi cam vagi căci variază pe o scară destul de întinsă. Teoretic metoda ar fi următoarea: când un singur rinichi e bolnav punctul de congelaţie al urinei produse să apropie de cel al apei, pe câtă vreme punctul de congelaţie al sângelui rămâne neschimbat. Atât timp cât al doilea rinichi e sănătos punctul de congelaţie al sângelui rămâne acelaş, îndată ce însă acest al doilea nu mai poate funcţionà, deci eliminà substanţe acumulate în sânge, punctul de congelaţie al sângelui să coboară. In realitate această metodă nu poate valorà mai mult decât simpla analiză a urinelor. Mai citează încă metodă prin *injecţiunea de Phloridzină* prin care determinându-se o eliminare de zahăr (glicozurie de origină pur renală) la oameni sănătoşi, la cei cu rinichi bolnavi se observă această lipsă de eliminare. Rovsing critică această metodă ca dând [după observaţii personale] rezultate cu totul nedecisive şi apoi e încă şi periculoasă căci, observat în anume cazuri după această injecţie sânge şi cilindri apărând în urine. Autorul face apoi un mic istoric al descoperiri invenţiunii *divizorului urinelor* în băşică, şi ajunge şi se opreşte asupra aparatului inventat de Luys şi de Cathelin. Metoda însă cea mai sigură e *cateterizmul ureterelor*. Nitze a construit în ultimii timpi un aparat foarte sigur pentru acest scop, care permite adunarea urinei rinichiului bolnav, pe cea dela rinichiul sănătos, culegând-o printr'o sondă vezicală.

În rezumat: mijlocul cel mai important pentru localizarea procesului morbid e *cateterizmul ureteral*. Pe lângă asta, alăturat şi ca o eventuală confirmare rămâne acidul uric, crioscopia şi Phloridzinul. Diagnosticul e de dorit să se confirme prin toate aceste metode şi să nu fie bazat numai pe una din ele. De multe ori însă chiar un amănunţit examen chimic şi bactereologic ne poate da rezultate destul de sigure.

C. I. M.

PATOLOGIE INTERNĂ.

Gaussel şi Bosc. **Tuberculeuse cérébrale avec séro-réaction d'Arloing négative.** (Soc. de Neurologie în *Revue Neurologique*, No. 2, 1905.)

La un bolnav în vârstă de 31 ani, cu fenomene nete de tuberculoză pulmonară survine o emiplegie progresivă ce după antecedentele şi simptomele prezentate nu puteă ţine nici de isterie, nici de o leziune vasculară embolică nici de alcoolism sau nefrită interstiţială. Rămâne posibilitatea sifilisului sau a tuberculozei. Sero-diagnosticul fiind negativ, pentru aceasta din urmă, se admite sifilisul şi se institue tratamentul specific care produce o ameliorare manifestă întărind astfel şi mai mult convingerea autorilor.

Survine însă o agravare, bolnavul prezintă fenomene de meningo-encefalită şi sucombă. La necropsie se găsesc meningele moi congestionate, aderente de creier, presărate de un mare număr de granulaţiuni de mărimea unui bob de cânepă. Dealungul vaselor şi aderând de ele se găsesc noduli ce pot atinge mărimea unui bob de mazăre.

Microscopiceşte se văd alteraţiuni tipice de tuberculoză şi un mare număr de bacili, deci diagnosticul de tuberculoză cerebrală se impune. Autorii conchid că absenţa seroreacţiunii lui Arloing nu trebue să facă să se escludă diagnosticul de tuberculoză. Notează în fine efectul favorabil al tratamentului specific într'un caz de tuberculoză cerebrală.

C. PARHON.

B. Lefas. Prezenţa unor corpusculi speciali într'un caz de anemie gravă. (*Arch. Méd. Exp.*, No. 1, 1905.)

Autorul semnalează nişte mici corpusculi colorabili prin hematoxilină în interiorul globulelor roşii (3.220.000 hematii pentru 13.500 leucocyte pe mm. cub). Aceşti corpusculi nu sunt formaţi de hemoglobină.

Autorul se mulţumeşte de a-i semnală, fără a trage nici o concluzie.

A. S.

M. Letulle. Phlébites bilharziennes. (Flebite biharziene). (*C. R. Société de Biologie*, No. 13, 1905.)

Din studiul flebitelor determinate de Bilharzia, autorul conchide că o parte din leziuni sunt determinate prin traumatisme provocate de paraziţi de ambele sexe şi de ouă, o altă parte e determinată de substanţele toxice emanate de aceşti paraziţi. In special leziunile inflamatorii sunt determinate de aceste toxine.

A. S,

Miron. Blutflecken-Krankheit (Purpura) von sumpfigem Ursprunge. (Purpura de origine malarică). (*Medizinische klinik.* No. 22, 7 Mai 1905, Pag. 549).

Autorul raportează o observaţiune interesantă de purpură de origină malarică, la un copil de $3^1/_2$ ani, care locuia împrejurul Bucureştiului într'o localitate foarte impaludată. Prezenţa parazitului constatată de profesorul I. Cantacuzino şi efectele terapeutice ale chininei, nu lasă nici o îndoială asupra acestei etiologii. Autorul crede că observaţia pe care o prezintă este unică. In concluziunile sale spune „că în întreaga literatură ştiinţifică medicală n'a găsit nimic citat asupra purpurei de origine malarică“. Ori cât de interesantă ar fi observaţia d-rului Miron şi oricât de rare ar fi cazurile de purpura malarică, cazul său e însă departe de a fi unic în literatura medicală.

Printre autorii români cari au scris despre paludism, în perioda când hematozoarul nu se cunoştea, fără ca să fie însoţite de examenul sângelui prin urmare, dar cu o documentaţie clinică suficientă, Obedenaru în monografia sa „Cercetări asupra intoxicațiunii palustre“, București, 1873, în statistica pe care o dă asupra paludismului la spitalul de copii între anii 1869—1872, raportează 24 de cazuri de purpure de origină paludică. In teza doctorului Lazeanu, (București 1877) prezidată de Marcovici, sunt citate alte 9 cazuri de purpure de origină paludică. Intr'o teză recentă susținută în 1905, doctorul Somnea, relatează împreună cu cazul doctorului Miron încă 2 cazuri observate în serviciul profesorului Tomescu, însoțite de examenul sàngelui și de descrierea parasiților. Printre autorii străini în tratatul său clasic asupra paladismului (Malaria Krankheiten Wien 1899) Mannaberg (pag. 131). citează purpura printre complicațiunile rare ale paludismului. Un alt autor, Andreyewski (Hemoragii de origină malarică în Kronika lekarska No. 1—4 referat în Folia hematologica 1904 No. 5) citează la rândul său cazuri de purpura paludică.

Fără a negà deci câtuși de puțin interesul cazului doctorului Miron, observația sa nu e însă absolut unică în literatura medicală.

S. IRIMESCU.

Mongour. Icter cholemic și acholuric. Examenul lichidului cefalo-rachidian. (*C. R. Société de Biologie,* No. 11, 1905.)

Autorul a examinat într'o serie de ictere, lichidul cefalo-rachidian, și a constatat, că atunci când pigmenții biliari există în sânge și în urină, în lichidul cefalo-rachidian nu există (7 cazuri).

A. S.

N. Pende. Il sangue nell osteomalacia. (Sângele în osteo-malacie). (*Il Policlinico*, 18/905).

Comunicare făcută la Academia de Medicină din Roma, pe baza studiului a 10 cazuri de osteo-malacie tipică. A constatat, diminuarea densității sângelui (ne proporționată gradului de anemie), alcalinitatea normală și chiar mărită, valoarea globulară puțin micșorată; echilibrul leucocitar arată o predominare a mononuclearelor, mai ales a așà ziselor forme de transițiune ale lui Ehrlich, ușoară diminuare a limfocitelor.

Eosinofilia prezentă în 50 % din cazuri, mergând dela 4—11 %. Autorul insistă asupra alcalinității sângelui constatată de el în toate cazurile, fapt cu totul opus teoriei admise că osteo-malacia ar fi o discrasie acidă. Existența eosinofiliei e un bun element de diagnostic diferențial mai cu seamă de boala lui Paget.

M.

Auguste Pettit et A. Mouchet. Un caz de lymphadenom cu evoluție neregulată. (*Arch. Méd. Exp.*, No. 1, 1905.)

O femee de 59 ani — prezentând la partea inferioară a sternului o tumoră cât o mandarină, aderentă la os — fără aderență la tegumente, vine la consultație în Spitalul Necker la 4 Februarie 1902. Diagnosticul fiind îndoios, i se dă 2 gr. și jumătate de IK pe zi. Tumora se mărește din zi în zi și ganglionii axilari sunt prinși. Bolnava în ultimile zile ale lui Februarie refuză tratamentul. Autorii o revăd în Martie și constată spre marea lor mirare dispariția tumorei și a ganglionilor.

La începutul lui April — tumora din nou apare însoțită de alte fenomene:

partea internă a claviculei drepte şi-a dublat volumul, al 5-lea cartilagiu costal drept şi stâng şi-au mărit volumul, ganglionii axilari au devenit enormi. Iodurul e din nou dat se adaogă injecţiuni cu bi-iodur de Hg. Tumorile cresc mereu, apar şi altele la sânul stâng, la alte cartilagii costale, etc. In Iulie starea generală începe să fie atinsă. Tumora presternală atinge 15 centimetri, adenitele axilare sunt enorme şi 2 alte tumori pe cubitusul stâng şi pe omoplatul de aceeaşi parte, îşi fac apariţia. La finele aceleaşi luni (Iulie) bolnava prevăzându-şi sfârşitul, pleacă acasă. In timp de 3 luni nu se mai ştie nimic, dar la finele lui Octombrie bolnava vine la spital aproape complect vindecată. De abià se mai simţia câţivà ganglioni axilari şi o uşoară tumefacţie a claviculei drepte şi a omoplatului. Cu această ocaziune se constată semnele unei tuberculoze pulmonare în a II-a perioadă.

In Februarie 1903, bolnava vine din nou la spital complect transformată: numeroase masse neoplasice acoperă trunchiul şi gâtul. Tumora omoplatului e de 17 cm. Tumori numeroase în regiunea carotidiană şi sub-claviculară. Tumori pe apofisele spinoase a vertebrelor dorsale 7—10. Tumorile se măresc din ce în ce, cachexia devine mai evidentă, oedem elephantiazic apare pe braţ, apoi pe antebraţul stâng şi femeea moare la începutul lui August.

Examenul microscopic practicat pe biopsii şi pe piese, provenind dela cadavru, a permis constatarea unui lymphadenom cu ţesut reticulat, care conţine în ochiurile sale celule neoplasice, având cytoplasmă fără ectoplasmă, conţinând un nucleu cu reţeaua de linină aparentă, cu karyosomi numeroşi: kryokineze numeroase.

Cele mai multe conţin unul sau mai mulţi centrosomi înconjuraţi de o astrosferă.

In afară de aceste elemente, se mai văd: leucocyţi polymorphi, celule poliedrice cu nucleul excentric, şi numeroase macrofage.

A. S.

Sabrazès. Les taches de sang dans l'anémie pernicieuse progressive. (*C. R. Soc. de Biologie* No. 6 1905).

Autorul după Tallquist, constată că o picătură de sânge, provenind dintr'un caz de anemie pernicioasă progresivă, depusă pe hârtie sugătoare, se înconjură de un fel de inel cu aspect apos, când numărul globulelor roşii e inferior de 2.500.000

Sabrazès adaugă că acest lizereu albicios la începutul boalei, devine galben spre finele ei.

A. S.

Dr. Alberto Salmon. L'hypophyse et la pathogénie de la maladie de Basedow. (*Rev. de Méd.*, No. 3, 1905.)

Această boală ieà naştere dintr'o intoxicare iniţială a centrilor nervoşi şi se bazează în special pe simptomele nervoase bulbo protuberanţiale şi pe ipertrofia corpului tiroid, (care este dotat de o putere antitoxică pentru sistemul nervos central).

Cauza acestei intoxicaţii iniţiale este o turburare în funcţiunea hipofizei, care este legată de tiroidă prin relaţiunile funcţionale cele mai intime, aşà că o insuficienţă a uneia din ele produce o supra-activitate în cealaltă. Tiroida e alterată în tumorile ipofisei în acromegalie. In mixedem există totdeauna o ipertrofie a hipofisei. Ipoteza mea că în boala lui Graves este o alteraţiune a hipofisei e confirmată prin trei autopsii a lui Benda (Berliner kl. Woch) unde a găsit-o de două ori foarte mică şi tare. şi în al treilea caz normală. La toate trei însă erà o vizibilă micşorare a celulelor şi o împuţinare a celulelor glandulare.

Iperfuncţionarea tiroidiană ar constitui un fapt fizio-patologic, pentru că ar compensà insuficienţa funcţională a hipofisei. Aşà se pot explicà cazurile cari se amelioreazâ cu tiroidină sau decesele după tiroidizare. Printr'acelaş mecanism se explică tahichardia, graţie relaţiunilor centrului pneumogastric cu hipofisa (Cyon) turburările vaso-motorii, exoftalmia, etc. Aceeaşi insuficienţă a hipofisei dă raţiunea leziunilor trofice, a slăbirii câteodată precoce, cari se observă atât de des în boala lui Basedow şi totdeauna după hipofizeotomie.

Cu această teorie ne putem explicà etiologia complexă a boalei ca spre pildă: emoţiunile, traumatismele craniene, şi chiar relaţiunile între căile nasale şi guşa exoftalmică, aducându-ne aminte experienţele lui Cyon care au dovedit legătura funcţională între nas şi hipofisă.

Ipoteza unei intoxicaţii pituitare ar aruncà lumină asupra cazurilor neexplicate prin teoria tiroidiană, când boala lui Basedow se găseşte întovărăşită cu simptome cari denotă că glanda tiroidă este în cel mai înalt grad de ipoactivitate funcţională ca în myxeden, în guşa vulgară unde nu se mai găseşte nici urmă de ţesut glandular sănătos. Printr'aceeaşi ipoteză ne putem explicà în fine de ce guşa exoftalmică este una din complicaţiunile cele mai frecuente ale acromegaliei.

Conchid că din cauza importanţei ce hipofisa dobândeşte prin relaţiunile sale funcţionale cu trioida numai trebuie neglijată în patogenia boalei lui Basedow, ci totdeauna cercetată în autopsiile acestei interesante boale.

TĂTUŞESCU.

J. Sicard şi **Dopter.** Cytologie parotidienne des Oreillons. (*Presse méd.*, 12 avril 1905.)

Autorii sondează canalul lui Sténon; în stare normală lichidul cade picătură cu picătură, din 10'—10' se adună 1 cm. c.; e puţin opalescent şi conţine rar un polinuclear sau un limfocit pe câmpul microscopic. Ei au examinat lichidul parotidian în 52 cazuri de oreioane. Lichidul e gros, vâscuos, curge anevoie. In prima fază la începutul boalei 1—2 zile sunt celule numeroase compuse din polinucleare, limfocite şi mononucleare mari; în perioada II-a predomină celule glandulare pline sau vacuolare, împrăştiate sau aglomerate, provenind din fundurile de sac şi celule fuziforme provenind de pe epiteliul de înveliş a canalelor excretorii; în perioada III-a de declin (8—12 zile) tumefacţiunea glandulară diminuă, celulele se răresc şi ultimele dispar limfocitele şi mononuclearele mari. Examenul microbilor negativ. — După autori examenul acesta are importanţă practică constituind un cyto-diagnostic al parotiditelor în special cele urliene.

BARONCEA.

Dr. V. Tabora. Zur Pathologie des Magencarcinoms. (Asupra patologiei cancerului ficatului). (*Deutsche medizinische Wochenschrifft* No. 15 și 16—13 și 20 Aprilie 1905).

Autorul încearcă, ca dintr'un material de 212 cazuri de cancer al stomacului, întâlnite într'un decurs de 5 ani în clinica Prof. Riegel din Giessen, să stabilească un mic tablou clinic și simptomatic, care ar puteà să ușureze diagnosticarea formelor incipiente, singure susceptibile de ajutoare terapeutice.

Găsește că tipul de cancer al pilorului nu e predominant în tumorile canceroase ale stomacului: după statistica lui și a lui Boas cam de 39% au găsit tipul de cancer al micei curburi. Tipul piloric, poate fi *primar* și *grefat pe un ulcer*.

Tipul piloric primar. In stadiile incipiente: motilitatea stomacului adesea mai mică; totuși câte o dată lipsește cu desăvârșire. Acidul cloridric scade. Excepțional poate încetà chiar secreția lui. Așà că această primă periodă s'ar puteà caracterizà și printr'un fel de *relativă insuficiență* de acid. Tot odată începe și formarea de acid lactic. Hemoragiile sunt dese, nu însă profuze ci mici și caracteristice ca culoarea depozitului de cafea. Durerile nici odată nu sunt atât de atroce ca în *tipul grefat pe ulcer*. Cachexia lipsește deocamdată Greutatea bolnavului însă, scade. Tumoară palpabilă nu e.

Tipul pe ulcer are un simptom cu totul caracteristic: *ipersecreția,* fie continuă sau numai alimentară. Autorul spune că e un semn aproape patagnomonic, care il diferențiază nu numai de alte tipuri, dar chiar de tipul piloric primar.

Acest fapt a fost explicat prin cercetările lui Boekelmans care a arătat că structura mucoasei stomacale în acest caz nu se deosebește de ulcerul simplu, (deci aceiași multiplicare de Belegzellen) pe când în cancerul primar foarte repede și începând de timpuriu mucoasa are o evidentă micșoare a glandelor. Aci poate exista o rezistență sensibilă în reg. pilorică, fie din pricina marginelor infiltrate ale ulcerului, sau prin perigastrită, sau chiar prin spasmul pilorului.

Tipul pe mica curbură în majoritatea cazurilor e primar. In stadiul incipient motilitatea e intactă. Dacă tumora s'a întins până la pilor, nu e stenoză în acest caz ci insuficiență a inelului piloric. Simptomele cele mai precoce și mai caracteristice însă, sunt: *acholia*, din primele momente; prezența mai precoce ca în tipul piloric a acidului lactic; emoragiile repetate și greutatea corpului care poate rămâne ani întregi neschimbată în mod precis.

Acholia se explică prin două teorii: 1) spune că ar fi expresia unei gastrite mucoase consecutive care ar curmà secrețiunea acidului cloridric; 2) caută să demonstreze că prin procesele autolitice ale neoformațiunii ulcerate să formează subst. bazice cari fixează acidul cloridric liber. E probabil că combinația acestor două explicări, ar conduce la teoria cea mai verosimilă. (Urmează aci argumentarea foarte demonstrativă a autorului, discutarea detaliată a celorlalte simptome și încercarea de a stabilì patognosticitatea lor pentru tipul de carcinom al micei curburi. Nota referent). In ceia ce privește hemoragiile cari se întâlnesc în acest tip, cele mai caracteristice sunt — în perioade cu totul precoce cele cari au forma de mici coaguli, negri, punctiformi, conținând uneori bacili lui Oppell.

In rezumat diagnosticul (primele stadii) se poate pune cu multă verosimilitate mai cu seamă în tipul de carcinom primar piloric şi indicaţia cea mai apropiată ar fi operaţiunea radicală. In ceia ce priveşte celelalte tipuri operatorul trebue să se conducă după consideraţiile clinice, fie asupra existenţei reacţiunii roşului de congo, care ar posibilita o depărtare radicală fie asupra lipsei acestei reacţiuni, în care caz gastroenterostomia ar puteà fi încă utilă.

C. I. M.

Wilder Tiliston. **The blood in measles.** (Sângele în rugeolă.) *(Journ. of. inf. Disseases,* t. 1, 5 Noembrie 1904.)

Autorul examinând sângele în numeroase cazuri de rugeolă, ajunge la următoarele concluziuni:

În timpul incubaţiunii, se observă o leucocitoză, care atinge maximum 6 zile înaintea erupţiunii, încetând la apariţia primelor simptome ale perioadei de invaziune.

În timpul perioadei de invaziune şi a erupţiunii, numărul leucocitelor e cele mai dese ori inferior normalei, minimum corespunzând maximului erupţiei. Dacă din contră, în această perioadă apare iperleucocitoză, atunci e de temut o complicaţie şi în acest caz se observă mai ales o înmulţire a neutrofilelor; alte-ori ele rămân aceea ce erau în timpul incubaţiei, adică numărul lor puţin mărit.

In general, într'o rugeolă normală, numărul leucociţilor din sânge trebue să revie la normal către a 12-a zi a boalei.

C. G.

H. Vallée (d'Alfort). **Sur la pathologie de la tuberculose.** *(C. R. Société de Biologie* No. 13. 1905).

In continuarea discuţiunii provocate de Koch la congresul dela Londra, autorul nutreşte 4 viţei în 2 zile, cu lapte provenind dela o vacă, care are mamită tuberculoasă. Apoi viţeii sunt nutriţi în mod normal. Sunt apoi sacrificaţi fiecare la o lună interval după infecţiune. Toţi, afară de unul, prezintă tuberculoză mezenterică. Trei dintre ei (în special cel care nu aveà leziuni mezenterice), prezintă leziuni profunde ale ganglionilor bronchici şi mediastinali Infecţia nu s'a putut face prin gură sau pharynx—căile limphatice corespunzînd acestor regiuni, fiind indemne. De aceea autorul conchide că constatarea leziunilor pur pulmonare nu ne îndreptăţeşte a eliminà calea de infecţiune digestivă.

A. S.

PEDIATRIE

Ludwig Meyer. **Zur Kenntnis der Acetonurie bei den Infectionskrankheiten der Kinder.** (Despre acetonuria în boalele infecţioase la copii.) *(Jahrbuch. f. Kind.,* Martie 1905).

Acest interesant memoriu se termină prin următoarele concluziuni:

1. Acetonul, acidul diacetic şi acidul oxybutyric se găsesc adese-ori (în urină şi în aerul expirat) la copii atinşi de boale infecţioase.

2. Producerea acestor corpuri e datorită unei *inanițiuni de hidrați de carbon;* ele dispar repede când se introduce, prin alimentațiune, doze mai mari de hidrați de carbon.

3. Ingestia de grăsimi pare a mări acetonuria.

4. Eliminarea de acid oxybutiric însemnează o turburare mai intensă a proceselor de oxydațiune, decât eliminarea de acid diacetic sau de aceton.

5. Observațiunile relative la acetonuria în boalele infecțioase sunt în complect acord cu datele generale relative la eliminarea corpurilor acetonice; acetonuria în boale infecțioase nu e specifică.

6. Eliminarea de aceton nu are nici o semnificațiune pentru diagnosticul diferențial DR. GRIGORE IACOBSON.

Quintrie și **Guiraud. Necessité de l'analyse chimique du lait des nourrices.** (Necesitatea de a analiză chimicește laptele doicelor.) *(Rev. Men. de Malad. de l'Enf.,* Apr. 1905).

In acest memoriu e scris că numai dela teza lui Guiraud (1898), ideia analizelor chimice ale laptelui doicelor a intrat în practică (!) Autorii nu produc nici un argument nou în favoarea necesității analizelor; observațiunile lor clinice sunt incomplecte și nu fac nici măcar mențiune de modul cum trebuește cules laptele pentru ca analiza să fie valabilă.—Se vede d'altmintrelea că autorii nu sunt de loc în curent cu chestiunea, ignorând cu totul diferitele păreri despre valoarea analizelor laptelui. Nu e de notat în această lucrare decât câteva „perle“ cari merită de a trece la posteritate:

a) Găsind leucocyte în laptele unei femei al cărei copil avea vărsături, autorii își pun întrebarea dacă cauza vărsăturilor n'ar fi „că leucocytele făceau laptele mai puțin plăcut“;

b) p. 168: „Grație dezvoltării glandelor stomacului, acest organ devine incapabil de a digerà doze mari de materii grase.“

Și încă multe altele. DR. GRIGORE IACOBSON.

Reinach (München). **Indicationen für anwendung von Rahmmischungen beim kranken sänglinpe.** (Indicațiuni asupra întrebuințării diluțiunilor de smântână la sugaciul bolnav). *(Arch. f. kinderh.,* 10 Bd. p. 329).

E vorba, în această lucrare, de întrebuințarea la sugacii atinși de turburări gastrointestinale a diluțiunilor de smântână introduse în terapeutică de PROF. BIEDERT (Hagenau).

Principiul pe care se sprijinește Biedert este dificultatea pentru câțiva copii dyspeptici de a mistui cazeina. Prin diferite diluții de smântână se obține amestecuri cari conțin, pentru acelaș volum, o cantitate de grăsime egală cu cea a laptelui, pe când proporția de cazeină e cu mult mai redusă (1—2%). Zahărul care lipsește se adaugă sub formă de lactoză.

Ramogenul reprezintă conserva corespunzătoare diluțiunilor lui Biedert și se poate întrebuințà când e lipsă de smântână proaspătă.

După REINACH indicațiunile relative la întrebuințarea diluțiunilor lui Biedert se trag din examenul scaunelor. Ele convin:

1. In cazurile de dyspepsie subacută sau cronică când, la copii alimentați cu lapte, scaunele au un miros putred, o alcalinitate forte, și dau reacțiunea lui Millon pozitivă;

2. In enteritele cronice mucoase, la copii alimentaţi cu lapte şi făinoase, când reacţiunea scaunelor este foarte acidă şi reacţiunea cu soluţiuuea lu-Lugol (iodo iodurată) pozitivă, — sau când reacţiunea scaunelor e alcalină, reacţiunea lui Millon pozitivă, şi mirosul putred.

— In cazurile acute cu scaune apoase, sunt puţine şanse de a reuşi cu diluţiunile de smântână; se poate însă tentà experienţa când scaunul nu are o reacţiune acidă şi când nu există semne de diaree grasă.

— In cazurile când predomină fenomenele gastrice (vărsări, râgâeli) diluţiunile lui Biedert pot agravà starea dyspeptică.

— Diarea grasă e o *contra indicaţiune absolută.* Urmează o serie de observaţiuni clinice cari ilustrează cele raportate mai sus.

— Punctul de plecare al lui Biedert (dyspepsiile primitive pentru albuminoidele laptelui), precum si terapeutica prin diluţiunile de smântână sunt departe de a fi admise de toată lumea.

Chiar autorul articolului de faţă, nu pare a aveà o încredere nemărginită în teoria lui Biedert, de oarece admite (p. 337), că în cazuri de dyspepsie pentru albumine (caseineiweissstörungen), se poate obţine aceleaşi bune rezultate cu malzsuppe şi cu lapte bătut (Buttermilch), alimente sărace în grăsime, şi bogate în albuminoide.

DR. GRIGORE IACOBSON.

Martin Thiemich (Breslau). **Ueber den Einfluss der kalisalze auf die Eiweiss-ausscheidung bei Nephritis.** (Influenţa sărurilor de potasziu asupra eliminării de albumină în nefrită.) (*Monatschr. für kinderh.,* Febr. 1905).

Autorul îşi propune de a verificà dacă după cum pretinde *Bunge,* sărurile de potasiu sunt iritante pentru rinichi. Pentru aceasta, alimentează succesiv pe un copil de 7 ani, atins de nefrită cronică, cu diverse alimente conţinând o cantitate variabilă de K, şi dozează comparativ eliminarea de albumină.

Rezultatele par a contrazice părerile lui Bunge: de pildă, cu dieta de orez, s'a obţinut un minimum de albumină, deşi acest aliment nu erà din cele experimentate, cel mai sărac în K. Pe de altă parte, cu dieta de cartofi, cea mai bogată în K, s'a eliminat o cantitate de albumină relativ mică. In fine, cu dieta de carne, care întrece cu foarte puţin dieta de orez ca conţinut în K, s'a eliminat o cantitate de albumină îndoită.

Critica acestei lucrări (dealtmintrelea bazată pe un *caz unic*) nu e dificilă: e imposibil de a asimilà cartofii, orezul, carnea cu soluţii de K în proporţii diverse, de oarece în aceste alimente se găsesc, sau din digestiunea lor rezultă şi alte substanţe cari pot şi ele influenţà eliminarea de albumină.

DR. GRIGORE IACOBSON.

Tobler (Heidelberg). **Ueber funktionelle muskelhypertrophie infolge exzessiver masturbation.** (Despre o ipertrofie musculară funcţională consecutivă masturbaţiunii excesive.) (*Monatsch. f. kind.,* febr. 1905).

Fetiţă de 6 ani, prezentând o ipertrofie a membrului inferior drept mai accentuată la gambă, cu contractură uşoară a muşchilor pulpei. Sensibilitatea, reflexele şi reacţiunile electrice normale. Ipertrofia nu se explică printr'o afecţiune a sistemului nervos.

Dar din anamneză se află că copila prezintă dela vârsta de 2 ani niște accese spasmodice dureroase de natură nedeterminată, cari au devenit din ce în ce mai frecuente.

Autorul a asistat într'o zi la unul din aceste accese și s'a convins că erà vorba de ședințe de masturbațiune. In momentul accesului, unele grupe musculare se contractau spasmodic și aceste grupe erau tocmai cele ipertrofiate.

Tratamentul a consistat în supraveghiarea copilei, idroterapie și aplicarea unei centure de castitate. Accesele dispărură definitiv.

Autorul crede că e vorba aci de o ipertrofie funcțională.

DR. GRIGORE IACOBSON.

PROCEDEE TECHNICE

J. Rieder. Sur un nouveau procédé d'inclusion à la celloïdin. (*Presse Médicale*, 15 Aprilie 1905).

In «*Journal des sciences médicales de Lille*» din 1904 pag. 193 publică un nou procedeu care evită toate inconvenientele metodelor clasice de incluziune în celoidină. Această metodă cuprinde trei părți; impregnațiunea, incluziunea propriu zisă și întărirea.

Pentru impregnație se prepară două soluțiuni:

A	Eter la 62°	2 volume
	Esență de cuișoare	1 volum
B.	Eter la 62°	40 cm. c.
	Esență de cuișoare	10 cm. c.
	Celoidină răzuită și uscată	3 grame

Se amestecă și se adaugă picătură cu picătură, alcool absolut 1 cm. c. sau LX gutte.

Obiectul bine deshidratat prin treceri succesive în alcool de 85°, 95°, absolut, este pus pentru 24 ore în soluțiunea A. apoi 48 ore în soluțiunea B. Șederea în ambele soluțiuni poate fi prelungită la infinit fără inconvenient.

Pentru incluziune, se varsă într'o mică cutiuță de hârtie puțină soluțiune B. și după câteva minute, adică după ce s'a îngroșat puțin, vom orientà piesa așà cum trebuie să fie secționată.

In urmă se umple cutia cu lichidul B, și se pune sub un clopot timp de 24—48 ore, adăogând din soluțiunea B, or ide câte ori a scăzut lichidul. Când massa a căpătat consistența, așa încât să se poată întoarce cutia, fără ca conținutul să se verse, incluziunea este terminată.

Trebue să observăm, că atunci când se adaogă din soluțiunca B, să punem clopotul foarte repede pentru a evità bulele de aer în blocul de incluziune.

Intărirea se obține, supunând blocul la acțiunea vaporilor de cloroform.

Această întărire cere cel puțin 24 ore.

Blocul este pus în urmă sau în alcool de 85° sau în cloroform și se păstrează în alcool de 85°.

Avantagiile acestui procedeu de incluziune sunt: o transparență perfectă a massei, ceeace permite orientațiunea după secțiune; o duritate mare de incluziune cu o homogenetate şi consistenţă uniformă; o rigiditate mare a secţiunilor celor mai fine, aşa în cât se evită îndoirea şi răsucirea lor şi, în fine, uşurinţa de a căpătà secţiuni mari şi subţiri.

P. GAL.

REVISTE ŞI PUBLICAŢIUNI ROMÂNE

IGIENĂ

I. Panea. In chestiunea paludismului din ţară cu raportarea unei mici campanii antinularice. (Strunga 1904). *(România medicală. 1905. X. No. 5, 6, 7.)*

Autorul a observat endemia malarică în comuna Strunga (jud. Roman) în timpul verei 1904. In Iunie larvele de anopheles nu apăruseră, nu existau decât larve de culex. La începutul lunei Iulie ele au început să apară. La începutul lunei August ele s'au desvoltat deodată cu o mare abundenţă, în urma unei ploi abundente. Din 3 larve, 2 erau de culex, 1 de anopheles. Nu s'a găsit decât anopheles maculipenuis.

Din punctul de vedere al enveniei, până la sfârşitul lui Iunie nu erau decât recidive (14 indivizi).

Profilaxia chininică s'a aplicat la 206 indivizi din care: 22 recidive, 100 de prevenit care avuseseră friguri anul trecut, 88 de indivizi cu antecedente nebănuite, 18 de provenit care nu avuseseră friguri. Dintre aceştia 206, 5 s'au îmbolnăvit de malaria în tot timpul cât a durat tratamentul (29 Iunie — 1 Septemvrie;) aceşti bolnavi aparţineau unui grup de 14 indivizi care nu urmaseră regulat

Un grup de 32 indivizi au fost lăsaţi — drept control — fără tratament 16 s'au îmbolnăvit, dintre care 8 erau recidivanţi.

Metode întrebuinţate a fost aceia a lui Koch: 1 gr de chinină două zile dearândul cu pauză de 8 zile pentru adulţi (0 gr. 50 ctgr.), pentru cei mai mari de 5 ani, 0,25 şi 0,10 celor mai mici de 5 ani.

I. CANTACUZINO.

V. Babeş. Fălcăriţa şi mortalitatea noilor născuţi. *(România medicală*, X, 1905, 173).

Autorul insistă asupra frequenţei fălcariţei (tetanosului umbilical) la copii noi născuţi. Arată, după statisticele stabilite de d-rul Niseescu, că în singurul oraş Zimnicea, din 216 morţi 74 sunt morţi de tetanos. Observaţiunile culese de d-rul Al. Manolescu în Vlaşca, arată că din 202 oameni morţi în plasa sa în timp de 9 luni, 124 de cazuri sunt datorite fălcariţei la noi născuţi

Ca mijloace de profilaxie autorul propune instruirea, supraveghterea şi, la nevoe, tragerea la răspundere a moaşelor empirice. Un sprijin mai efectiv acordat de către administraţia moaşelor rurale şi crearea unei a doua clasă de moaşe rurale recrutate prin cele empirice. Pansamentul rănei ombilicale cu praf de ser uscat.

I. CANTACUZINO.

ANATOMIE PATOLOGICĂ

Dr. Ion Nanu-Muscel. Un caz de cancer primitiv al bronchielor. *(Spitalul,* No. 7, 1905).

Autorul după ce relevează 36 cazuri de cancer primitiv al bronșelor — prezintă cazul unui bolnav în vârstă de 50 de ani — care a prezintat la autopsie următoarele leziuni: la unghiul de separație a bronșelor, o masă iudurată de volumul unei mandarine. La originea bronchiei stângi, o placă de 3—4 c. polminând în lumenul bronchiei.

Examenul microscopic făcut de Dr. Sion, arată un epitheliom cilindric cu punct de plecare bronșic – într'unele părți — ceea ce permite a face diagnosticul.

A. S.

NEUROLOGIE

Dr. Ion G. Lache. Asupra ipercromatozei totale a nucleului neuronic. *(Spitalul,* No. 6, 1905).

Autorul descrie o colorație intensă a nucleului, care, în loc de a fi clar și vesiculos ca în stare normală, a devenit compact și supra-colorat. Caută a diferenția această leziune, de omogeneizarea lui Sarbo, caracterizată prin dispariția rețelei nucleare și a grăunților de cromatină, pe când în ipercromatoză corpusculii de cromatină sunt mai abundenți, iar vesiculul nu e dispărut, ci e numai mascat.

A. S.

Dr. C. Parhon. Două cazuri de hemiplegie cu epilepsie parțială și sindromul paraliziei simpaticului cervical. Considerațiuni asupra localizărilor motrice corticale. *(Spitalul,* No. 6, 1905).

Autorul semnalează două cazuri interesante:

Primul îi permite să localizeze centrul orbicularului pleoapelor, situat în vecinătatea (probabil dedesubtul) centrilor mișcărilor membrului superior. Bilateralitatea convulsiunilor observate, îi permite a afirmà că centrul cortical al acestui muschiu inervă și orbicularul din partea opusă. Hemiplegia observată în acest caz, fără leziuni cerebrale, ar fi o hemiflegie prin epuizarea centrilor corticali.

Celălalt caz prezintă sindromul paraliziei simpaticului cervical cu hemiplegie de natură cerebrală. Bazat pe convulsiunile simultane ale facialului Sup, al dilatatorului narinelor (ambele bilaterale) și pe de altă parte pe contracturile policelui (abducție) și a indexului (extensie).

Autorul, în concordanță cu predecesorii săi, afirmă că centrul aductor al policelului trebue să fie situat în vecinătatea facialului Sup, că centrul dilatatorului narinelor trebue să fie lângă centrul facialului Sup, și, că au ca și aceasta o acțiune bilaterală. In fine că centrul extensorului propriu al indexului trebue să fie situat lângă acel al abducțiunii policelului.

A. S.

C. Parhon şi **I. Ranitescu. Un caz de tumoră cerebeloasă.** (*Romània medicală*, 1905, X. p. 149).

Observaţia unui bolnav intrat în spital cu fenomenele următoare: Apatie, silabisează cuvântul cefalcă intensă, mai intensă în jumătatea dreaptă şi către occiput, ameţeală continuă, vedere slăbită. uşoară inegalitate pufilară, puţin nistagnus. Reflexele cutasate abdominale, plantar, cremasteriare, tendinoase, normale; cele rotuliane exagerate. Oscilează când se ridică din pat, mişcări de pronaţie şi supinaţie ale antebraţelor asincrone; tendinţa a cădeà la dreaptă când apleacă capul la dreapta pe braţul drept ridicat; nu acelaş lucru la stânga. Indoit trunchiul înapoi, ameninţă să cadă. Puncţia lombară arată limfocitoză.

Diagnostic: Tumoză celebroasă. De ce natură.

După 6 injecţiuni de biioclur de mercur (de câte 0,20 centig.) au dispărut: cefalalgia, vertigiul, nistagnusul. turburările de vorbire, titubaţiunea. Bolnavul joacă biliard, deci coordonează bine mişcările.

Ca diagnostic definitiv: sifilis cerebelos.

I. CANTACUZINO.

BIBLIOGRAFIE

NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE

Bourneville et **Maugeret.** Sclérose atrophique hémisphérique; imbécillité; hémiplégie droite; épilepsie; accès et vertige; démence. (*Archives de Neurologie,* Janvier, 1905).

Wilhelm Neutra. Über Ermüdungsphänomene, einschliesslich der auf dem Gebiete der Vibrationsempfindung. (Asupra fenomenelor de oboseală inclusiv acelora relative la sensibilitatea vibratorie). (*Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie.* XXV. Band. 2 und 3 Heft. 1905. Wien).

H. Oppenheim. Lehrbuch für Nervenkrankheiten, vierte Auflage. II Band. 1905. (Tratat de boalele nervoase. Ediţia a IV-a, 2 volume, 1905). S. Karger, Berlin.

M. Bellet. L'influence des traumatismes des nerfs sur le développement et la nutrition des os longs. *Teză* Paris. 5 April 1905).

M. Petit. Paralysies faciales récidivantes et paralysies faciales à bascule. *Teză.* Paris, 6 April 1905).

G. Marinesco. Sur la réparation des neurofibrilles après la section du nerf hypoglosse. (*Revue Neurologique,* No. 1, 1905).

J. Grasset et **Gaussel**. Paralysie des deux hémioculomoteurs. Tubercule de la protubérance. (*Revue Neurologique,* No. 2, 1905).

P. Bonnier. L'urhydrie céphalo-rachidienne et labyrinthique. (*Revue Neurologique.* No. 2, 1905).

J. Déjerine et G. Roussy. Un cas d'hémiplégie avec déviation conjuguée de la tête et des yeux chez une aveugle de naissance. (*Revue Neurologique.* No. 3, 1905).

P. Ménétrier et Louis Bloch. Syndrome de Weber, non pédonculaire. causé par une tumeur du lobe temporal. (*Bulletins et mémoires* de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. 13 Ianuar 1905, pg. 5).

J. Hertzfeld. Ueber Meningo-encephalitis serosa nasalen Ursprungs (Meningo-encefalita seroasă de origină nasală). (*Berliner klinische Wochenschrift.* No. 10, Martie 6. 1905.)

R. Cruchet. Tics et sommeil (*Presse médicale,* 18 Ianuar 1905, pg. 33).

Bourcy et Laignel-Lavasline. Autopsie d'un cas de maladie de Recklinghausen. *Bulletins et mémoires* de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. 13 Ianuarie 1905, pg. 21).

F. Raymond et Georges Guillain. La névrite ascendante consécutive à l'appendicite.

G. Marinescu. Des Amusies (*Semaine médicale,* 1 Februar 1905, pg. 49),

Coulonjau. Personnel médical des asiles d'aliénés. (*Archives de Neurologie.* Fevrier 1905.

Ch. Féré. Contribution à l'histoire de la neurasthénie sexuelle. (*Rev. de Med,.* No. 3, Mars 1905).

Ch. Féré. Le bégaiement épileptique. (*Rev. de Méd.,* Febr. 1905).

Alberto Salmon, Hipofiza și patogenia boalei lui Basedow. Rezumat din comunicarea făcută la al XIV Congres de medicină internă. (*Revue de médecine,* No. 3, 1905).

M. Loeper et F. X. Gouraud. Polyurie et éliminations urinaires dans le méningite cérébro-spinale. (*Presse médicale,* 1 Februar 1905, pag. 65.

Georges Guillain et Courtellemont. L'action du muscle court supinateur dans la paralysie du nerf radial. Pathogénie d'une paralysie radiale incomplète chez un chef d'orchestre. (*Presse médicale,* 25 Ianuar 1905, pg. 50).

C. Parhon et M. Goldstein. Recherches sur l'influence exercée par la section transversale de la moelle sur les lésions secondaires des cellules motrices sous jacentes et sur leur réparation. (*Revue Neurologique,* No. 4, 1905).

Ed. Hirtz et H. Lemaire. Etude critique sur le tabes infantile et juvénile. (*Revue Neurologique.* No. 5, 1905).

Womard. Etude clinique sur la stéréotypie des déments précoces. (*Archives de neurologie.* Mars 1905).

Richard Link. Klinische Untersuchungen über den Muskelton. (Cercetări clinice asupra sunetului muscular). (*Neurologisches Centralblatt.* No. 2, 1905).

M. J. Gurewitsch. Ueber die Form der Nervenelemente der Kleinhirnrinde verschiedener Vertebraten. (Asupra formei elementelor nervoase ale scoarței cerebelului la diferite vertebrate). *Neurologisches Centralblatt.* No. 2, 1905.

G. Volpi-Ghirardini. Ueber die Nuclei arciformes der Medulla oblongata und über accessorische Nebenoliven in derselben. (Asupra nucleilor arciformi și asupra paraolivelor accesorii din bulb). (*Neurologisches Centralblatt.* No. 5, 1905.

L. Jacobsohn. Ueber Fibrae arciformes medullae spinalis. (Despre fibrele arciforme din măduva spinărei). *Neurologisches Centralblatt.* No. 7—8, 1905).

Otto Veraguth. Zur Prüfung der Lichtreaction der Pupillen. (Asupra examenului reacțiunei pupilare la lumină). (*Neurologisches Centralblatt.* No. 8, 1905).

Valobra und Bertolotti. Ueber einige neue Knochenreflexe der unteren

Gliedmaassen im gesunden und pathologischen Zustande. (Asupra unor nouă reflexe osoase a membrelor inferioare în starea normală și patologică). (*Neurologisches Centralblatt.* No. 8, 1905.

L. Edinger, Boalele prin consumpţie, ale sistemului nervos. (Die Aufbrauchkrankheiten des Nervensystems). *Deutsche med. Wochenschrift.* No. 1, 1905.

IGIENĂ

Ed. et **Et. Sergent.** Etudes épidémiologiques et prophylactiques du paludisme en Algérie en 1904. *(Ann. Inst. Pasteur* 1905. XIX, p. 129).

L. A. Vincent. Prophylaxie de la fièvre jaune. *(Archives de parasitologie* 1905. IV. p 161).

T. Noe. Du rôle des Puces dans la propagation de la peste. Etat actuel de la question. *(Archives de parasitologie,* 1905, IX p. 300).

E. Jeanselme. La lèpre en Indo-Chine; projet de réglementation concernant sa prophylaxie. *(Archives de parasitologie,* 1905, IX, p. 242).

E. Brumpt. Maladie du sommeil; distribution géographique, étiologie, prophylaxie. *(Archives de parasitologie,* 1905, IX 205).

T. Harbitz. Studies in the frequency, localization and modes of dissemination of Tuberculosis with special reference to its occurence in the lymph-nodes and during childhood. *(Despre frecuenţa, localizarea și modul de diseminare a tuberculozei. Prezenţa sa în ganglioanele limfatice la copii).*— Journal of infectious diseases, 1905, II 143.

Max Ebert. Contribuţie la lupta contra marei mortalităţi infantile. (Ein Beitrag zur Bekämpfung der grossen Säuglingssterblichkeit). Jahrb. f. Kinderh. Martie 1905.

Hoffmann. Kurze Mittheilung über Untersuchungen von Harn öffentlicher Bedürfnisanstalten auf Typhusbacillen, (Comunicare asupra examenului urinelor pentru descoperirea bacilului tific). *Hygienische Rundschau,* No. 7, 1 April 1905.

Martini. Untersuchungen über die Tsetsekrankkeit zwecks Immunisirung, von Hausthieren. (Cercetări asupra maladiei date de musca tsetse, pentru imunizarea animalelor domestice). *Zeitschrift für Hygiene,* vol. 50, fasc. 1, April 1905. pag. 1--95.

Seligmann. Uber den Einfluss einiger Aldehyde, besonders des Formalins, auf die Oxydationsfermente der Milch und des Gummi arabicums. (Asupra influenţei unor aldehyde, cu deosebire a formolului, asupra fermentilor oxydanţi ai laptelui și ai gumei arabice). *Zeitschrift für Hygiene,* vol. 50, fasc. 1, April 1904.

DERMATOLOGIE și BOALE VENERIANE

E. Finger. Gonorea altă-dată și astăzi (Die Gonorrhoe sonst u. jetzt). Privire istorică. *Deutsche med. Wochenschrift,* 1905. No. 1.

E. Hoffmann. Die Bedeutung der neueren Versuche Syphilis auf Tiere, zu übertragen. (Importanţa noilor cercetări asupra transmisiunei sifilisului la animale). *Berliner Klinische Wochenschrift,* No. 6, 6 Februar 1905.

E. Becker. Seltene Komplikationen der Gonorrhoe (Complicațiuni rari ale genorheei). *Medizinische Klinik*, No. 21, 30 April 1905.

Queyrat. Inoculations de chancre syphilitique (*Bulletins et mémoires de la société médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 Ianuar. 1905, pag. 9).

Queyrat. Angine de Vincent simulant un chancre syphilitique de l'amygdale. (*Bulletins et mémoires de la société médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 Ianuarie 1905, pag. 10).

MEDICINĂ LEGALĂ

H. Marx. Der forensische Blutnachweis. (Examenul medicolegal al sângelui). *Berliner Klinische Wochenschrift*, No. 10, Martie 6, 1905.

A. Chauffard. La néphrite par le sublimé (*Semaine Médicale*, 11 Ianuarie 1905, pag. 13).

PEDIATRIE

Bosc. Des intoxications médicamenteuses chez l'enfant (*Rev. Mens. des Mal. de l'Enf.* April 1905).

Nageotte-Wilbouchéwitsch. Raideur juvénile généralisée (*Rev. Mens. des mal. de l'Enf.* April 1905 și *Bullet. Soc. de Pédiatrie* 1905, No. 2).

Olinto de Oliveira. Dysenterie amibienne chez l'enfant (*Arch. de Med. des Enfants*, April 1905).

Terrien. Deux nouveaux cas de mort subite ou rapide dans la pneumonie de l'enfant, (*Rev. Mens. des mal. de l'Enf.* April 1905).

Heubner. Nouă contribuție la studiul bilanțului de energie la sugaciu (Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der Energiebilanz beim Säugling) *Jahrbueh f. Kinderh.* Martie 1905).

Schlesinger. Raporturi și comparație între Erythemul nodos și Erythemul exsudativ polimorf în copilărie (Beziehungen u. Vergleiche zwischen dem Erythema nodosum u. dem Erythema exsudativum multiform im Kindesalter). (*Arch. f. Kinderh. vol. 40* p. 286).

James Pick. Despre nefrita ca complicație a boalelor intestinale la sugaci (Ueber Nierenentzündung im Säuglingsalter als Complication von Darmerkrankungen) (*Arch. f. Kind. vol. 40* p. 290).

Auerbach. Lapte pentru copii și lăptării igienice de orașe (Kindermilch u. hygienische Stadtmolkereien) (*Arch. f. Kind.* vol. 40 p. 361).

Koloman Szegö. Intărirea copiilor la malul mărei (Stärkung des Kindes am Strande) *Arch. f. Kind.* vol. 40 p. 351).

Peter Misch. Despre vărsăturile periodice în copilărie (Zur Kenntniss des periodischen Erbrechens im Kindesalter) *Jahrb. f. Kinderh.* Martie 1905).

Variot. Hypotrophie infantile (*Bulletins et mémoires de la société médicale, des hôpitaux de Paris* 28 Ianuarie 1905 pag. 31).

J. A. Sicard. Le réflexe cutané abdominal au cours de la fièvre typhoïde et de l'appendicite chez l'enfant (*Presse médicale*, 11 Ianuarie 1905, pag. 19).

TERAPEUTICĂ

Babel. Despre modul cum se compoartă morfina și derivatele iei în corpul animalelor (Ueber das Verhalten des Morphins u. seiner Derivate im Tierkörper). *Archiv für exper. Pathol u. Pharmakologie*, Vol. 52, No. 3—4, 1905).

Hausmann. Contribuţiune la studiul intoxicaţiei cronice cu morfină (Zur Kenntniss der chronischen Morphinvergiftung). *(Archiv f. exper. Path. u. Pharmakologie* Vol. 52, No. 3—4, 1905).

Seligmann. Despre acţiunea camforei asupra circulaţiunii (Zur Kreislaufswirkung des Kamphers). *Archiv f. experiment Path. u. Pharmakologie.* Vol. 52, No. 5, 1905.

Wiechowski. Despre modificarea experimentală a stării de contracţiunea vaselor din cavitatea craniană (Ueber experimentelle Beeinflussung des Contractionszustandes der Gefässe des Schädelinnern). *Archiv f. exper. Pathologie u. Pharmakologie,* Vol. 52. No. 5 1905).

M. Hirschfeld. Un caz de intoxicaţie cronică cu fenacetină (Ein Fall von chronischer Phenacetinvergiftung). *(Deutsche med. Wochenschrift* 1905. No. 2).

H. Eichhorst. Indikationen u. Methodik der Digitalistherapie. Lecţiune clinică. *Deutsche medic. Wochenschrift.* 1905, No. 2).

A. Broca. Danger des injections interstitielles de naphtol camphré (*Presse médicale.* 7 Ianuarie, pag. 13).

Rouslacroix. Insuccès apparents ou momentanés de la digitale *(Presse médicale,* 4 Ianuarie 1905, pag. 4).

R. Romme. La viscosité du sang et l'action des iodures dans l'artériosclérose *(Presse médicale,* 4 Ianuarie, 1905 pag. 6).

E. Mamlock. Zur Frage der Salizylwirkung (acţiunea salicilaţilor) *Medizinische Klinik,* No. 21 Aprilie, 1905.

R. Romme. Tétanos consécutif aux injections souscutanées de quinine. Les injections salines dans la néphrite *(Presse médicale,* 25 Ianuarie 1905 p. 52)

Tuffier. Les sérums non spécifiques dans le traitement des tumeurs *(Presse médicale,* 14 Ianuarie, 1905).

Motsehan. Un caz de noma vindecat prir întrebuinţarea luminei roşii (Ein Fall des Wasserkrebses geheilt bei der Anwendung des roten Lichtes) *Archiv f. Kinderh.* Vol. 40. p. 241).

Friedr. Dessauer. Beiträge zur Bestrahlung tiefliegender Processe (Contribuţiune la studiul acţiunei razelor x in leucemie, cancere ale sînului etc.)

PATOLOGIE EXTERNĂ

Mally şi L. Richon. Contribution à l'étude des impotences fonctionnelles cousécutives aux traumatismes articulaires. *Revue de Chirurgie.* Octomvrie 1904. Martie 1905, Aprilie 1905

L. Dantec. Le phagédénisme des plaies sous les tropiques. *(Arch. de parasitologie.* 1905 IX 266).

Xavier Delore et **René Duteil.** De l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations chirurgicales. *Revue de Chirurgie.* Martie 1905.

L. Sauvé. Des hémorragies intestinales consécutives á l'opération des hernies. Martie 1905.

H. Sattler. Despre tratamentul deslipirii retinei (Ueber die Behandlung der Netzhautablösung). Lecţiune clinică. *Deutsche med. Wochenschrift,* 1905. No. 1. 2.

Lejars. L'infiltration ecchymotique diffuse de la face á la suite de compuessions du tronc *(Semaine médicale,* 19 Aprilie 1905, pg. 181).

E. Estor. De l'hémostase provisoire et préventive dans les désarticulations scapulo-humérale et coxo-femorale et dans les amputations intéressant le quart supérieur des membres *(Semaine médicale* 4 Martie 1905 pg. 112).

Lejars. Traitement des plaies par écrasement de la main *(Semaine médicale* 1 Martie 1905 pg. 99).

J. L. Faure. Incision d'un panaris *(Presse médicale* 14 Ianuarie 1905 pg 32).

M. Fontoynont et Jourdan. L'ulcére malgache (ulcére phagédénique des pays chauds) et son traitement *(Presse médicale* 14 Ianuarie 1905 pg. 25).

A. Zimmern. Thérapeutique physique des hémorrhoides et leur complications (hémorragies, prurit, fissuration) *(Presse médicale* 14 Ianuarie 1905, pag. 27).

Courtellemont et Weill-Hallé. Deux cas de pustule maligne guérie par exérèse *(Bulletins et mémoires de la société médicale* des hôpitaux de Paris 13 Ianuarie 1905 pag. 11).

Raymond Grégcire. Procédé de néphrectomie pour cancer *(Presse médicale* 25 Ianuarie 1905, pag. 49.

Maurice Auvray Rupture traumatique de la rate et résection du bord cartilagineux du thorax *(Presse médicale,* 7 Ianuarie 1905 pag. 17.

R. Lhommé. Note sur un nouvel appareil hémostatique stérilisable permettant de régler et de vérifier l'hémostase *(Presse médicale* 7 Ianuarie 1905 pag. 12).

M. Lermoyez et G. Mahu. Traitement du catarrhe de la trompe d' Eustache par l'air chaud *(Presse médicale* 7 Ianuarie 1905 pag. 11

L. Bérard et R. Leriche. De la conduite à tenir dans les cas de corps étranges de l'oesophage chez l'enfant *(Semaine médicale* 15 Februarie 1905 pag. 73).

F. Lejars Le phlegmon ligneux *(Semaine médicale,* 1 Februarie 1905, pag. 52).

A. Charrin Les interventions chirurgicales en face des nouvelles données de la physiologie et de la pathologie générale *(Semaine médicale* 8 Februarie 1905, pag. 61).

F. Lejars L'intervention opératoire dans le rhumatisme chronique déformant *(Semaine médicale* 18 Ianuarie 1905 pag. 25).

Calot (Berck sur Mer) Comment il faut faire l'appareil de mal de Pott *(Semaine médicale* 4 Ianuarie 1905, pag, 1).

E. Bonnaire Traitement de l'éclampsie puerpérale *(Presse médicale,* 28 Ianuarie 1905, pag. 64

G. Mahé Extractions dentaires compliquées. Dent brisée *(Presse médicale* 28 Ianuarie 1905, pag. 60).

R. Romme. La résistance du péritoine et les injections leucotoxiques en chirurgie abdominale *(Presse médicale,* 14 Ianuarie 1905, pag. 35).

Jaques Delage. Indications de l'hystérectomie abdominale pour annexites *(Presse médicale,* 21 Ianuarie 1905, pag. 43).

F. de Lapersonne. Action des rayons X sur l'oeil et radjothérapie oculaire *(Presse médicale,* 21 Ianuarie 1905, pag. 44).

PATOLOGIE INTERNĂ

W. v. Leube. In chestia albuminuriei fiziologice. (Zür Frage der physioilogischen Albuminurie). *(Deutsche med. Wocheschrift.* 1905, No. 3.)

Marcel Labbé. Purpura et Leucémie lymphoïde chronique. *(Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris,* 27 Ianuarie 1905, pag. 45).

Sicard. Chloruration avec poussée albuminurique consécutive sans hydratation. *(Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris,* 27 Ianuarie 1905), pag. 38).

A. Sandler. Un caz de tricocefaliază terminat prin moarte. (Trichocephaliasis mit tötlichem Ausgang). *(Deutsche med. Wochenschrift.* 1905, No. 3.)

R. Romme. Le poids spécifique du corps et le diagnostic précoce de l'ostéomacie. *(Presse médicale,* 11 Ianuarie 1905, pag. 20).

L. Cheinisse. La maladie de Mikulicz. *(Semaine médicale,* 25 Ianuarie 1905, pag. 37).

E. Düring. Uber Phosphaturie. *(Medizinische Klinik.* No. 21, 30 Apr. 1905.

Tenholt. Ueber Ankylostomiasis. *(Munchener medizinische Wochenschrift.* No. 18. 2 Mai 1905).

J. Ruhemann. Despre boala lui Filatow-Dukes. (Ueber die Filatow-Dukes'sche Krankheit). *(Deutsche med. Wochenschrift.* 1905, No. 3).

L. Cheinisse. L'identité de la „quatrième maladie", avec la rubéole scarlatineuse". *(Semaine médicale,* 29 Martie 1905, p. 145).

Londe. L'asthénie. *(Semaine médicale,* 5 Aprilie 1905, pag. 157).

E. Bertrand. Le pityriasis versicolor du thorax signe indirect de la tuberculose pulmonaire au début. *(Semaine médicale* 12 Aprilie 1905, pag. 170).

H. Roger et **M. Salomon.** Fièvre typhoïde galopante. *(Presse médicale.* 4 Ianuarie 1905, pag. 1).

H. Christiani. La guérison du myxoedème par la greffe thyroïdieme, (8 Martie 1905, 109).

Ernest Barié. Pathogénie et variétés du rétrécissement mitral. *(Semaine médicale,* 15 Martie 1905, pag. 121).

Georges Rosenthal. Rééducation et gymnastique respiratoires dans le traitement des convalescents. *(Bulletins et mémoires dela société médicale des hôpitaux de Paris,* 27 Ianuarie 1905, p. 50).

Georges Rosenthal. Pleurésie séro-fibrineuse chez un tuberculeux. Traitement par la rééducation respiratoire. *(Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris,* 27 Ianuarie 1905, p. 65).

L. Casper. Diagnosticul şi terapeutica tuberculozii renale. (Zur Diagnostik u. Therapie der Nierentuberkulose) *(Deutsche med. Wochenschrift.* 1905, No. 3).

Fr. Kraus. Despre diagnosticul funcţional al cordului. (Einiges über functionelle Herzdiagnostik). *(Deutsche med. Wochenschrift.* 1905, No. 1, 2, 3).

Landrieux et **Blondin.** Cholécystite suppurée d'origine typhique. Opération Guérison. *(Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris* 10 Februarie 1905, pag. 95).

Antony (Val-de-Grâce). Du réflexe oesophage salivaire envisagé comme symptôme du cancer de l'oesophague (*Bulletins et memoires de la société médicale des hôpitaux de Paris,* 10 Februarie 1905, pag. 125)

R. Romme. Les nouvelles indications thérapeutiques de l'hyperémie veineuse (méthode de Bier *Presse médicale,* 22 Februarie 1905. pag. 116).

G. Mornac. Traitement du tétanos par les injections épidurales de sérum antitétanique (*Presse médicale,* 11 Februarie 1905, pag. 92).

MICROBIOLOGIE, ANATOMIE PATOLOGICĂ, FIZIOLOGIE NORMALĂ și PATOLOGICĂ

Haaland. Les tumeurs de la souris. (*Ann. Inst. Pasteur,* 1905. XIX, p. 165).

Babes. La néphrite hypogénétique (*Semaine médicale,* 9 Feb. 1905, pag. 63).

J. Guiard. Action pathogène des parasites de l'intestin. (*Arch de parasitologie,* 1905, IX. 175).

R. Penel. Les filaires du sang de l'homme. (*Arch. de parasitologie,* 1905 XI, pag. 187.

L. Azoulay. Les neurofibrilles d'aprês la méthode et les travaux de S. Ramon y Cajal (*Presse médicale,* 7 Ianuarie 1905, pag. 9).

Takasu. Sângele la copii și adulți atinși de beriberi. (Ueber das Blut der an Kakke leidenken Säuglinge u Erwachsenen). *Arch. f. Kinderh.* vol 40, pag. 279.

Salge. Immunizare prin lapte. (Immunisierung durch Milch), *Jahrb. f. Kinderh.* Martie 1905.

Allaria. Despre proprietățile fizico-chimice și fiziogeneze a liquidului cerebrospinal. (Essai sur les propriétés physico-chimiques et sur la physiogénèse du liquide cérébro-spinal). *Arch. de Méd. des enf.*, Apr. 1905.

R. Lépine. Sur l'anaphylaxie (*Semaine médicale,* 1 Martie 1905 pag. 97).

Arnold. Die Bedeutung der Fettsynthese, Fettphagocytose, Fettsekretion und Fettdegeneration für die Milch und Kolostrumbildung. (Importanța sintezei, phagocytozei, secrețiunei și degenerescenței grăsimilor pentru formarea laptelui și a colostrului). *Münchener medizinische Wochenschirft,* No. 18, 2 Mai 1905.

O. Josuë. Pathogénie de certains cas d'oedème aigu du poumon. (*Presse médicale,* 21 Ianuarie 1905, pag. 41).

Rieffel. Despre apendicele branchiale ale gâtului. (Sur les appendices branchiaux du cou). *Rev. Mens. des mal. de l'enf.*, Aprilie 1905.

Fernet. Lymphomes et paludisme (*Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris,* 12 Ianuarie 1905, pag. 15).

S. Lignières. La tuberculose humaine et celle des animaux domestiques sont elles dues une même espèce microbienne: la bacille de Koch? (*Arch. de parasitologie,* 1905, IX, 279).

L. Heim. Beobachtungen an Streptococcus mucosus (Observațiuni relative la Streptococcus mucosus. (*Zeitschrift für Hygiene,* vol. 50. Fasc. 1. Apr. 1903, pag. 139—143).

Fr. Rosenbach. Contribuțiunile la studiul anatomiei patologice a gutei (Zur pathologischen Anatomie der Gicht). *Virchows Arch.* vol. 179, No. 2. 1905).

E. Rist. Anaerobii patogeni și supurațiile gangrenoase. (*Bulletin de l'Institut Pasteur,* Tome III, No. 1, 2, 3. 15 janvier, 2, 15 février 1905).

Méry et **Métayer.** Exostoses ostéogeniques multiples. (*Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris*, 1905, 20 Ianuarie, pag. 25).

Saillant. Malformation cardiaque complexe. (*Bulletins et mémoires de la société médicale des Hôpitaux de Paris,* 20 Ianuarie 1905, pag. 28).

P. Nobécourt şi **G. Paisseau.** Du rôle du bacille de Pfeiffer dans la Grippe au cours d'une épidémie hospitalière. (*Arch. gén. de médecine*, 25 Avril 1905).

Lacapère. La Leucoplasie. Etiologie et pathogénie etc (*Arch. gén. de médec.*, 25 Avril 1905.

P. Roy. Eschare sacrée chez un tabétique non alité. (*Arch. gén. de méd.* 25 Avril 1905).

Otto Burkard. Asupra fibromiomelor primitive ale ligamentelor largi (Beiträge zu den primären Fibromyomen der breiten Mutterbänder). (*Wiener klin. Wochenschr*. No. 17 1905).

Fasoli. Asupra comportării cartilagiului în traumatizm. (Ueber das Verhalten des Knorpels bei Verwundungen). (*Centralblatt f. Path. Anatomie.* No. 7. 1905).

Gottfried Schwartz. Asupra patogeniei tuberculozei miliare generalizate. (Zur Pathogenese der akuten allgemeinen Miliartuberkuloze). (*Centrablatt f. Path. Anatomie.* No. 7 1905).

Darier J. De l'artérite syphilitique. I vol. în 8 de 164 pag. Paris 1904, Rueff édit.

S. Matuszeroski. Despre degenerescenţa descendentă a cordoanelor posterioare (Ueber absteigende Hinterstrangsdegeneration) *Virchows Archiv,* vol. 279, No. 1. 1905).

Fr. Pröscher. Despre producerea în mod experimental a exsudatelor limfocitare (Ueber experimentelle Erzeugung von Lymphocytenexsudaten) (*Virchows Archiv.* vol. 179. No. 1. 1905).

K. v. Rzentkoroski. Despre conţinutul sângelui, a exsudatelor şi a transsudatelor în rezidiu uscat, azot total şi azot restant, în diferite boale (Ueber den Gehalt des Blutes u. der Ex.—u. Transsudate an Trochensubstanz, etc). *Virchows Archiv.* Bd. 189 No. 3 1905).

Fahr. Ein Beitrag zum Studium der Mastzellen, *Virchows Archiv.* Bd. 179. No. 3. 1905).

L. Samelson Kliwansky. (Contrib. la cunoaşterea chistelor mamelei cu conţinut butiroid (Ein Beitrag zur Kenntnis der Marmmacysten mit bunterähnlichem Inhalt). (*Virchows Archiv.* Vol. 179. No. 1. 1905).

K. Wegelin. Despre adenocarcinomul şi adenomul ficatului (Ueber das Adenokarzinom u. Adenom der Leber). (*Virchows Archiv.* Vol. 179. No. 1. 1905).

G. Herxheimer u. J. Walker Hall. Despre decapsularea rinichiului (Ueber die Entkapselung der Niere). (*Virchows Archiv.* Vol. 179. No. 1. 1905).

S. Kashimura. Geneza varicelor venei safene şi dependenţa iei de nervii vazomotori. (Die Entstehung der Varicen der vena saphena in ihrer Abhängigkeit vom Gefässnervensytem). (*Virchows Archiv.* Vol 179. No. 2. 1905).

W. Kallenberger. Contribuţiune la studiul anevrizmului falş (Beitrag zur Lehre vom Aneurysma spurium). (*Virchows Archiv.* Vol. 179. No. 3. 1905).

M. Saenger. Despre inhalaţia de bacili (Ueber Bazillen-Einatmung) (*Virchows Archiv.* Vol. 179. No. 2. 1905).

H. Silbergleit. Contribuţiuni la geneza granuliei (Beiträge zur Entstehung der akuten allgemeinen Miliartuberkulose). *(Virchows Archiv*, Vol. 179. No. 2. 1905).

M. Herzog. Despre ciuma latentă şi ambulatorie (Ueber latente u. ambulatorische Pest). *(Virchows Archiv.* Vol 179. No. 2. 1905).

Ch. W. Duval. Protozoarii scarlatinii (Die Protozoen des Scharlachfiebers). *(Virchows Archiv.* Vol. 179. No. 3. 1905).

L. Blum. Cercetări despre existenţa unor organizme parazitare în tumori (Untersuchungen ueber das Vorkommen parasitärer Organismen în Geschwülsten). *(Virchows Archiv.* Vol 179. No. 3. 1905).

P. Schrumpf. Despre incluziunile celulare găsite în variolă şi descrise ca protozoari (Ueber die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola). *(Virchows Archiv.* Vol. 179. No. 3. 1905).

BIBLIOGRAFIE ROMÂNEASCĂ:

I. D. Urmă Tratamentul meningitelor prin injecţiuni sub-arachnoidiene de substanţe antiseptice (Teză—Iaşi, 1905).

M. Waiselberg: Formele clinice ale malariei la copii. (Teză—Iaşi, 1905.

V. Vasiliu: Contribuţiuni la studiul Kistelor cordonului spermatic. (Teză—Iaşi, 1905).

I. Nimereanu: Valoarea inoscopiei. (Teză—Iaşi, 1905).

Th. Teodoru: Intoxicaţiunile cu acid acetic concentrat (Studiu clinic) Teză—Iaşi, 1905).

E. Koffler: Contribuţiuni la studiul peritonitei prin perforaţie în febra tifoidă a copiilor. (Teză—Iaşi' 1905).

I. Waingart: Contribuţiuni la studiul clinic al osteo-sifilosei (Teză—Iaşi).

E. Buzenchi: Gastro-entero-anastomoza. (Teză—Iaşi, 1905).

F. Mendel: Contribuţiuni la studiul ghemurilor de păr din stomach (Teză—Iaşi, 1905).

I. Nanu Muscel. Un caz de cancer primitiv al bronchielor. *(Spitalul.* 1905. No. 7)

N. Stoenescu. Despre cryoscopia sângelui ca mijloc de diagnosticare a morţei prin înecare în apă. *(Spitalul.* 1905. No. 7).

E. Manicatide şi Găleşescu. Kist hydatic al ficatului şi al vârfului pulmonului drept. *(Spitalul.* 1905. No. 7).

C. Doljan. Cataractă dublă spontanee căpătată în raport cu artritismul *(Spitalul*, 1905. No. 7).

C. Urdăreanu. Cauterizaţia cu galvano-cauterul ca tratament al conjunctivitii granuloase. *(Spitalul.* 1905. No. 7),

I. Minea şi H. Makelarie. Contribuţiuni la studiul unor fenomene rare de isterie. *(Spitalul.* No. 8).

I. Mitulescu. Tratamentul constipaţii atonice prin masajul vibratoriu. *(Spitalul.* No. 8)

D. D. Niculescu. Asupra dinţilor geminaţi. *(Spitalul.* 1905. No. 8).

E. Manicatide şi P. Găleşescu. Febră tifoidă cu parotidită supurată pur Eberthiană. Urticaria provocată de acid boric. *(Spitalul*. 1905. No. 8).

I. Antoniu. Asupra unui caz de afazie şi hemiplegie dreaptă tranzitorie în convalescenţa unuei pneumonii. (*Spitalul.* 1905. No. 8).

C. Vasiliu şi I. Negrutzi. Darea de seamă de mişcarea bolnavilor şi operaţiile făcute în cursul anului 1904, în spitalul Schüler, Ploeşti, (*Spitalul.* 1905. No. 8.

I. Teodorescu. Câteva cuvinte asupra culturei mele de plante medicinale din anul 1904. (*Buletinul societ. de medici şi naturalişti din Iaşi* 1905. No. 4).

V. Babeş. Fălcariţa şi mortalitatea noilor născuţi. (*Rom. medic.* X. 1905. 173).

N. Manolescu. Cestiuni sanitare şi interese profesionale. Infirmeriile rurale. (*Rom. medic.* X. 1905. No. 5, 6, 7).

Ştefănescu Zăncagă. Consideraţiuni asupra atrofiilor musculare în Tabes. (*Rom. medic.* X. 1905. 185).

Parhon şi I. Ranitescu. Un caz de tumoră cerebeloasă. (*Rom. medic.* X. 1905. 149).

D. Blasian. Relativ la noua organizare a serviciului sanitar rural. (*Rom. medic.* X. 1905. 154).

I. Panea. În chestiunea paludismului din ţară, cu raportarea unei mici campanii; antimalarice (Strunga 1904). (*Rom. medic.* X. 1905. No 5, 6, 7).

Gh. Marinescu. Afecţiunile măduvei terminale sindromul epiconului, *Rom. medic.* X. 1905. 125).

Petrini Galaţi. Starea de propagaţiune şi de luptă în contra leprei, dela prima conferinţă asupra leprei, (*Rom. medic.* X. 1905. 101).

CHESTIUNI PROFESIONALE

NUMIRI ŞI PERMUTĂRI.

D-l dr. Alex. Calcăntraur, actual medic al plăşei Coşula-Berhometele din judeţul Dorohoi, a fost transferat în postul de medic secundar al spitalului judeţian din urba Dorohoi, provizoriu până la concurs, post creat prin budgetul judeţului pe exerciţiul 1905—1906;

D-l dr. V. Popovici, numit în postul de medic al plăşei Coşula-Berhometele din judeţul Dorohoi, în locul d-lui dr. Calcăntraur;

D-l dr. Gh. Vrabie, actual medic al circ. V Brăhăşeşti din judeţul Tecuci, transferat în postul de medic al circ. Suhărău din judeţul Dorohoi, post creat prin budgetul judeţului pe exerciţiul 1905—1906;

D-l dr. E. Lampadaride, numit în postul vacant de medic al circ. V Brăhăşeşti din judeţul Tecuci în locul d-lui dr. G. Vrabie;

D-l dr. Emilian Buzenchi, numit în postul vacant de medic al circ. Pungeşti din judeţul Vaslui;

D-l dr. Constatin Vladimirescu, actual medic al spitalului judeţian Vânju-Mare, însărcinat şi cu serviciul medical al plăşei Blahniţa din judeţul Mehedinţi, transferat în postul de medic al spitalului judeţian Lădeşti, însărcinat și cu serviciul medical al plășei Ocolu-Otăsău din județul Vâlcea, provizoriu până la concurs, în locul d-lui Petre Petroianu, care se lasă în disponibilitate;

D-l dr. Eftimie A Stamula, numit în postul de medic al spitalului județian Vânju-Mare, însărcinat și cu serviciul medical al plășei Blahnița din județul Mehedinți, provizoriu până la concurs, în locul d-lui dr. C. Vladimirescu, transferat.

CONCURSURI.

La concursul pentru ocuparea definitivă a posturilor de medici primari de județe, ocupate în prezent provizoriu, ce s'a început la Direcțiunea generală a Serviciului Sanitar în ziua de 25 Aprilie a. c., s'au înscris 37 d-ni candidați.

Din aceștia 32 s'au prezentat la prima probă scrisă și în timpul citirei acestei probe s'a mai retras d-l Râpeanu, rămânând astfel pentru a doua probă (orală) 31 candidați.

Subiectul primei probe a fost pentru toți candidații: *«Apa de băut la sate și legislațiunea respectivă.»*

Pentru a doua probă (orală), candidații sunt împărțiți în serii de câte 5 (cinci); prima serie a trecut proba în seara de 6 Mai curent și cestiunea eșită la sorți a fost: *«Profilaxia boalelor venerice la sate»;* a două serie a trecut proba în ziua de 7 Mai curent și cestiunea a fost: *«Etiologia și profilaxia psihozelor toxice»;* a treia serie au trecut proba Miercuri 11 Mai curent.

DR. POPOVICI

Anul I. No. 2. (Iunie 1905) Volumul I.

REVISTA
ȘTIINȚELOR MEDICALE

Dr. I. Cantacuzino.

DESPRE UNELE CERCETARI RECENTE
RELATIVE LA
ETIOLOGIA SIFILISULUI

I.

D'abià o lună de când, în această revistă, d. dr. G. Petrescu ne-a expus starea actuală a cunoștințelor noastre în chestiunea sifilisului experimental. In acest scurt interval problema etiologiei sifilisului a făcut un pas decisiv: după toate probabilitățile, agentul patogen al acestei infecțiuni a fost descoperit și, cu toate că nu s'a putut până acum realizà cultura acestui microorganism, cel puțin știm în ce sens trebuesc îndrumate viitoarele noastre cercetări. Autorul acestei descoperiri epocale este F. Schaudinn, biologistul bine cunoscut prin frumoasele sale cercetări relative la evoluțiunea sporozoarelor, observator pătrunzător, technician impecabil și spirit îndrăsneț. Metchnikoff și E. Roux (¹), studiând sifilisul experimental la maimuțele antropoide, căutară în zadar a pune în evidență microbul acestei infecțiuni. Ei nu au ajuns decât la rezultate negative, dintre cari, însă, unul aveà importanța sa, și anume constatarea că virusul sifilitic nu trece prin filtrul Berkefeld; în cât, cu toate că el nu fusese zărit, rămânea ca probabil, că dimensiunile acestui microb sunt apreciabile prin examenul microscopic. Nevizibilitatea sa nu puteà deci să fie explicată decât prin vre-o insuficienţă technică. Or, din observaţiunile lui Schaudinn rezultă că, în adevăr, el nu poate să fie decelat decât cu o technică colorantă cu totul specială; că, pe de altă parte, cu toată lungimea sa, diametrul lui transversal este apropiat de limita vizibilităţii, ceea-ce cadrează perfect cu constataţiunea, în aparenţă paradoxală, a lui Metchnikoff şi Em. Roux.

Cercetările lui Schaudinn, cari au avut drept rezultat descoperirea microbului sifilisului, au avut ca punct de plecare emoţia produsă în Germania în jurul unei lucrări a lui Siegel (²), în care acest autor descrie în sângele indivizilor atinşi de sifilis, de scarlatină, de variolă, etc., mici paraziţi flagelaţi, cu o lungime variând de la $^1/_2$ μ — 2 μ, cu o aparenţă piriformă, şi mişcându-se cu o mare agilitate în câmpul microscopului. Acestui parazit i s'a dat numele de *Cytorhyctes luis* (Siegel). Or, cercetările ulterioare au demonstrat că este vorba aci nu de o fiinţă vie, ci de vreo producţiune artificială. Cu această ocaziune ţin să atrag atenţiunea cititorilor asupra unor formaţiuni artificiale cari, adeseori apar în sângele extras din organism şi cari, în urma unui examen superficial, în multe cazuri au fost luate drept fiinţe parazitare. Unele se observă în sângele *proaspăt* examinat între lamă şi lamelă; altele există în sângele întins pe lamă şi fixat. În primul caz se văd foarte mici elemente, cu o formă ovalară sau piriformă, alte ori vibrioniană sau spirilară, şi prelungindu-se printr'o aparenţă de flagel; toate sunt înzestrate cu o mişcare Browniană intensă care, câte odată, poate da iluziunea unei mişcări active. Aceste formaţiuni, din care fac parte, probabil, elementele descrise de Siegel şi cari au înşelat pe mulţi observatori neexperimentaţi, provin din distrugerea artificială a globulelor roşii. Formele aparţinând categoriei a doua şi care nu se observă decât în sângele întins şi uscat pe lamă, provin din distrugerea mecanică, în timpul etalării, a leucociţilor mononucleari. Ele au aspectul unei grămezi filamentoase, mai mult sau mai puţin rotunzite, filamentele, deseori, prelungindu-se în diferite direcţiuni împrejurul ghemului principal şi reproducând, atuncea, înfăţişarea grosieră a unor flagele. Este vorba aci de un nucleu de mononuclear mare sfărâmat şi disociat în mod artificial.

II.

Sunt acum doi ani, de când I. Bordet, eminentul microbiologist belgian, căruia îi datorim atâtea descoperiri esențiale în domeniul anticorpurilor, examinând preparațiuni microscopice din șancruri sifilitice, constată în aceste producte prezența unor spirocheți foarte remarcabili atât prin lungimea cât și prin extrema lor tenuitate, cu totul deosebiți de spirocheții banali pe cari, deseori, îi întâlnim la suprafața ulcerațiunilor cutanate sau mucoase. Acești spirili erau aproape incolorabili prin procedeurile obișnuite; I. Bordet nu-i putù pune în evidență de cât întrebuințând un amestec, în părți egale, din două soluțiuni colorante: una de violet de metil B fenicat, alta de verde de metil concentrat în apă. Chiar atuncea, micro-organismele d'abià se zăriau. D-sa își arătă preparațiunile mai multor prieteni din Institutul Pasteur din Paris; nereușind însă să constate prezența acestor spirili în toate cazurile de șancru sifilitic, el nu-și publică descoperirea.

In timpuri de tot recente, T. Schaudinn, mai întâiu sub formă de comunicație preliminară în revista oficiului imperial german pentru sănătatea publică (³), apoi în *Deutsche med. Wochenscrift* (4 Mai 1905) (⁴), publică o descoperire sensațională. Intr'o serie de șancruri sifilitice el constată prezența a doi spirocheți, unul mai gros cu ondulațiuni largi, colorându-se destul de intens prin diferite culori bazice de anilină, și cărui îi dădù numele de *spirochete refringens;* altul, mai lung, extrem de subțire, cu spirale numeroase și scurte. Acest micro-organism erà remarcabil prin necolorabilitatea sa față de coloranții obișnuiți; el nu se colorà decât grație unei technice colorante speciale asupra căreia vom reveni; Schaudinn îl numì *spirochete pallida.* Insă, pe când cel dintâiu se întâlnește într'o mulțime de leziuni cutanate nespecifice, al doilea pare că nu există decât în ulcerațiunile sifilitice.

Șancrul sifilitic fiind însă supus la numeroase contaminațiuni venite din exterior, mai nainte de a se atribuì spirochetei pallide un rol etiologic în sifilis, el trebuià căutat în organele interne ale bolnavului, și mai nainte de toate, în ganglionii inguinali, de oarece experiențe dejà vechi (⁵) demonstraseră infecţiozitatea lor. In opt cazuri de infecţiune sifilitică recentă, netratată, Schaudinn examină lichidul ganglionar, fie excizând ganglionii (2 cazuri), fie puncţionându-i cu seringa Pravaz (6 cazuri). In cele opt cazuri rezultatul fu pozitiv: sucul ganglionar conţineà spirocheţii caracteristici, pe când se constată lipsa ori cărei alte forme microbiene. Erà greu să se admită că prezenţa constantă în adenita inguinală specifică a unui micro-organism atàt de special, să fie rezultatul unui hazard; rolul său patogen în etiologia sifilisului apăreà deci ca o ipoteză foarte plauzibilă, cu atât mai mult cu cât la rândul său colaboratorul lui Schaudinn, Hoffmann, constată prezenţa spirocheţilor în 12 cazuri de adenită sifilitică. (6). In timpurile din urmă, Schaudinn anunţă că din 26 cazuri de sifilis examinate de dânsul şi de colaboratorii săi, *spirochete pallida* n'a lipsit nici odată.

O probabilitate şi mai mare în favoarea specificităţii spirilului lui Schaudinn au adus'o cercetările recente ale lui Metchnikoff şi Em. Roux, cari au constatat prezenţa acestui microb la maimuţele atinse de sifilis. Din 4 maimuţe la care spirocheţii au fost puşi în evidenţă, numai una purtà accidentul ei primitiv pe organele genitale; celelalte fuseseră inoculate în regiunea superciliară şi prezintau un şancru indurat localizat deasupra arcadei orbitare, ceeace înlătură ipoteza a unui saprofit banal al mucoasei genitale. Din cercetările acestor doi savanţi, reese extrema neregularitate în distribuţiunea spirililor în productele sifilitice; din cinci lame preparate cu exsudatul unui şi aceluiaşi şancru, numai una conţineà spirilii în cantitate destul de mare; în celelalte patru nu s'a putut găsì nici unul. In alte două cazuri, prezenţa spirililor n'a putut să fie constatată decât în urma unor observaţiuni repetate. O repartizare aşà de inegală a spirocheţilor sifilitici, explică rezultatele negative ale unor observaţiuni; astfel, la o a cincia maimuţă, spirocheţii nu s'au putut găsì; o a şasea maimuţă supusă unui tratament seroterapic şi pe cale de vindecare, a dat şi ea, rezultate negative.

Pe de altă parte, în papule secundare la om, Metchnikoff şi Roux au găsit spirocheţii lui Schaudinn de patru ori din şase cazuri; din contră, nici odată nu l'au întâlnit în leziuni cutanate nesifilitice (psoriasis, râie, acnee). Absenţa acestor microorganisme la indivizii nesifilitici a fost confirmată prin cercetările recente ale lui W. Wechselmann şi W. Loewenthal (8).

Prezența spirocheților lui Schaudinn la maimuțe sifilitice pledează deci și mai mult pentru rolul lor patogen. Această probabilitate a devenit însă aproape o certitudine de când s'a demonstrat că în organismele nou născuților, atinși de sifilis congenital, există a adevărată spiriloză generalizată, datorită *spirochetei palide;* spirilii, aci există în abundență, nu numai în bulele de pemfigus plantar sau palmar, ci și în ficat, în splină, în pulmoni, în ganglioni.

Această interesantă descoperire a fost făcută în mod simultan la Paris de C. Levaditi (9) (10) (11) și de Buschke și Fischer (12) la Berlin.

La 3 copii nou născuți și atinși de eredo-sifilis, Levaditi a găsit spirocheți palizi în abundență în bulele de pemfigus, mai puțin numeroși în lichidul bulelor decât în productele provenite din raclajul fundului. Două, din aceste trei cazuri, au fost autopsiate. Spirocheții existau în mare abundență în ficat, în genere izolați, câte odată aglutinați, deseori pe cale de diviziune transversală; în splină, paraziții existau, însă în număr mai mic; mai puțin numeroși încă, în pulmoni. Nu s'au putut găsì în sânge. Predominența lor în ficat constitue un fapt caracteristic și de altmintrelea, foarte natural, de oarece infecțiunea dela mumă la fœt, efectuându-se prin cale placentară, îngrămădirea paraziților trebue să se facă mai întâiu în ficat.

Aceste fapte sunt confirmate prin observațiunile lui Buschke și Fischer precum și printr'o observație a lui Hoffmann (13) care, într'un caz de sifilis ereditar, a constatat o spiriloză generalizată, infecțiunea fiind mai intensă în ficat.

La rândul său Salmon (14) a găsit spirocheții palizi în bulele de pemfigus la un nou născut eredo-sifilitic.

Faptele stabilite în Germania și în Franța au fost confirmate prin diverse observațiuni făcute la noi, în București. Examenele microscopice făcute în mod independent unii de alții, de d-rul Nicolau, de prof. Babeș, de d-rul Gălășescu și de mine, au arătat prezența spirochetei lui Schaudinn în productele sifilitice și în organele cele mai diverse: șancru inițial, papule secundare, pemfigus neonatorum, ficat și diverse organe la nou-născuții eredo-sifilitici.

In rezumat, în țerile cele mai diverse, atât în cazurile de sifilis dobândit, cât și în cele ereditare, atât la om cât și la animale sifilitice, s'a constatat prezenţa spirochetei palide lui Schaudinn. In cazuri de sifilis mortal la nou născuţi, se constată generalizarea exclusivă a infecţiunii spiriliene. In leziunile cutanate (papule şi bule de pemfigus) spirocheţii se întâlnesc mai ales în leziuni tinere mai înainte de ori şi ce contaminaţie secundară venită din afară. Prezenţa aşà de constantă, aşà de exclusivă a acestui microorganism în formele cele mai variate ale sifilisului, nu poate să fie pur întâmplătoare, în cât putem admite astăzi, ca aproape demonstrat faptul că, *sifilisul este o spiriloză cronică datorită spirochetei palide lui* Schaudinn. Lipseşte în adevăr proba experimentală prin inoculaţiunea culturilor, cari până acum nu s'au putut obţine. Aceeaşi obiecţiune ar puteà să fie făcută în cazul malariei; şi cu toate acestea nimeni astăzi nu mai neagă specificitatea ematozoarului lui Laveran.

Până acum spirocheţii n'au fost găsiţi în leziunile terţiare; din acest punct de vedere Tacquet şi Sevin (15) n'au obţinut de cât rezultate negative.

Aşa dar, agentul patogen al sifilisului, *spirochaete pallida* (Schaudinn) se prezintă sub forma unui spiril lung şi foarte subţire. Lungimea sa variază între 4—14 μ; diametrul transversal este aproape 0,5 μ.

Din observaţiile făcute de Wechselmann şi Loewenthal (8) cu ajutorul ultra-microscopului, ar rezultà că formele cele mai lungi sunt formate prin alipirea a doi sau mai mulţi indivizi. Numărul învârtiturilor spirale variază între 6—14. Spirocheţii se mişcă foarte repede printr'o dublă mişcare, una de rotaţie împrejurul axului lor longitudinal, una de progresiune în linie aproape dreaptă, fără a efectuà mişcările undulatoare laterale, aşà de caracteristice la *sp. refringens.* Până acum întrebuinţarea metodelor obişnuite de coloraţiune, n'au dat decât rezultate negative; singură fuchsina fenicată şi diluată îi comunică o slabă coloraţiune cu condiţia ca contactul să fie prelungit 24 ore. In realitate numai procedeul lui Giemsa sau al lui Romanowsky permite o coloraţiune destul de intensă, condiţiunea esenţială este însă ca preparaţiunea să rămâie mult timp în baia colorantă (12—16 ore).

Lichidul colorant al lui Giemsa, care se vinde gata în comerţ, consistă într'un amestec din două soluţiuni slabe de eosină şi de albastru azur II. Mai conţine şi o proporţie însemnată de dextrină. Procedeul este următorul: lamele sunt fixate în alcool absolut timp de $1/2$ oră, apoi lăsate în baia colorantă următoare timp de 16 ore:

Amestec Giemsa. . . . . . . X picături.
Apă distilată . . . . 10 c. c.

Apoi se spală în apă, se usucă și se montează în balsam de Canada. Spirocheții sunt colorați în violet-rose palid. Cu metoda lui Romanowsky, colorațiunea este mai puțin intensă.

Să semnalăm acì, pentru a fi complecți, o obiecțiune a lui Thesing (16) care a susținut că spirocheții lui Schaudiun, nu există în exsudatele sifilitice, ci că preexistă în amestecul colorant al lui Giemsa. Asemenea obiecțiuni impresionează des unele spirite predispuse la un scepticism universal, îndată ce este vorba de microbiologie, răspunsul este de altmintrelea lesne de făcut: spirocheții au fost văzuți și studiați, în lichide proaspete, în afară de ori și ce colorațiune. Pe de altă parte, s'a văzut mai sus, că ei sunt slab colorabili și prin soluțiunile de violet de methyl sau de fuchsină.

III

Pe lângă interesul pozitiv, ce-l prezintă, descoperirea microbului sifilisului este foarte suggestivă și ne conduce la următoarele considerațiuni

Într'o lucrare magistrală apărută de mai bine de un an Schaudinn demonstrează faptul, cu totul neașteptat, că un parazit endoglobular al bufniței *(Athene noctua), haemamoeba Ziemanni*, odată ajuns în stomacul țânțarului Culex și după fecundațiunea gameților, dă naștere la forme flagelate (trypanosome) care la rândul lor se transformă în spirocheți; încât spirocheții n'ar face parte, precum se credeà până acum, din grupul bacterielor, ci din acel al protozoarelor; împreună cu trypanosomele, ei n'ar reprezintà decât un termen tranzitoriu în ciclul evolutiv al unui sporozoar.

Deci, între trypanosome și spirocheți ar existà cea mai apropiată înrudire. Această concepțiune, revoluționează în adevăr noțiunile noastre morfologice, încât spirilozele, și prin urmare sifilisul ar constituì un grup foarte vecin de trypanosomiazele.

Or, faţă cu aceste date microbiologice, se impune din nou apropierea, pe care o făcuseră dejà clinicianii, între dourina calului şi sifilisul omului.

Se ştie că în unele regiuni (Algeria etc.) bântue printre cai o boală contagioasă şi endemică, boala coïtului sau dourina, pe care, de mult timp, veterinarii o numiseră sifilisul calului, de oarece în simptomatologia ambelor infecţiuni există o fizionomie comună foarte remarcabilă. După o incubaţie de câteva zile dourina începe printr'un œdem al organelor genitale însoţit cu o adenită inguinală indolentă; 4—6 săptămâni mai în urmă apar accidente secundare sub formă de papule cutanate absolut patognomonice. În timpul acesta animalul slăbeşte, apar zone de anestezie, adenitele se generalizează, iar după câteva săptămâni sau câteva luni apar turburări grave ale sistemului nervos central, intre altele o paraplegie care merge accentuându-se până la moarte. Aceste diferite fenomene nervoase stau în legătură cu focare de ramolisment aşezate în măduvă. Boala durează mai multe luni, poate însă să dureze până la doi ani, ba mai mult chiar la măgar. Agentul patogen este un trypanosom descoperit de Rouget ([19]) în 1896.

Dourina este deci o trypanosomiază cronică, care din punctul de vedere clinic, prezintă multe asemănări cu sifilisul. Or, descoperirea spirochetei palide apropie şi mai mult sifilisul de dourină; pare, de acum probabil că din punctul de vedere etiologic ambele infecţiuni aparţin unuia şi aceluiaş grup patologic.

Descoperirea lui Schaudinn mai deschide şi un câmp imens de explorat în chestiunea transmisiunii ereditare a sifilisului prin infecţiune ovulară. Este astăzi necontestabil că sifilisul, boală spiriliенă, face parte dintr'un grup de infecţiuni unde exemplele de ereditate patologică devin din ce în ce mai numeroase. Boalele cunoscute până acum în care este bine stabilită ereditatea prin infecţiunea directă a ovulului sunt, toate, datorite unor protozoare patogene, nici una însă bacteriilor, faza lor amebienă permiţând protozoarelor să pătrunză în interiorul celulelor, ceea ce nu se întâmplă la bacterii; între altele putem cità: *pebrina* gândacilor de mătase; — diferitele *piroplasmoze* (febra de Texas, cârceagul, piroplasmoza câinilor, etc.); în cazul piroplasmozelor oparte a ciclului evolutiv se petrece în organizmul căpuşelor femele cari, în urma infecţiunii ovulilor, dau naştere la generațiune de căpușe infectate în mod ereditar; — înfine *haemamebioza* bufniței care, după cercetările lui Schaudinn, determină infecțiunea ovulului la țânțari și, drept consecință, infecțiunea ereditară a larvelor.

Se vede, deci, că o serie întreagă de protozoare patogene capabile de a infectà ovulul mai nainte de fecundațiune prezintă un stadiu de spirochet în ciclul lor evolutiv; în cât nu este de mirat ca și în sifilisul, boală spiriliană, să existe o infecțiune directă a celulelor genitale prin microorganizmul specific. Aicea însă intrăm în domeniul ipotezei pure: experimentațiunea precum și observațiunea microscopică directă vor rezolvì singure această problemă.

Pentru moment, singura aplicațiune practică, care o prezintă descoperirea lui Schaudinn, este posibilitatea de a formulà un diagnostic mai precis, și, în special, mai precoce al sifilisului. Se știe cât ar fi de important diagnosticul precoce al șancrului indurat, mai nainte de apariținnea oricărei alte manifestațiuni; de acì înainte acest diagnostic, deseori imposibil cu mijloacele pur clinice, va fi mult înlesnit prin căutarea microscopică *spirochetei pallide*.

---

(1) Metchnikoff et Roux. -- *Annales de l'Institut Pasteur*. XVIII. 1904. P. 1 et P. 657.

(2) Siegel. — *Alhandlungen der K. Preus. Akad. d. Wissenschaften*. 1905.

(3) F. Schaudinn et E. Hoffmann.—*Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte*. XXII. 1905. P. 527.

(4) T. Schaudinn et E. Hoffmann. — *Deutsche med. Woch*. 1905. P. 711, 4 Mai.

(5) Ernst Bumm. — *Zur Frage der Schankerexzision. Vierteljahreschrift f. dermatol. u. Syphilis*. 1882. IX. P. 285.

(6) E. Hoffmann. — *Berliner mediz. Gesellschaft*., 17 Mai 1905.

(7) Metchnikoff et Roux. — Recherches microbiologiques sur la syphilis. — *Bulletin de l'Acad. de méd*. 1905. P. 468.

(8) W. Wechselmann u. W. Loeventhal. — *Mediz. Klinik*. 1905. I. 657.

(9) C. Levaditi. — *Presse médicale* 1905. P. 312.

(10) C. Levaditi. — *C. R. soc. biol*. 1905. P. 845.

(11) C. Levaditi. — *Presse médicale* 1905. P. 337.

(12) Buschke u. Fischer. — *Deutsch. med. Wochensch*. 1905. P. 791.

(13) P. Salmon. — *C. R. soc. biol*. 1905. P. 883.

(14) E. Hoffmann.— *Berl. Klin. Wochensch*. 1905. P. 420.

(15) Jacquet et Sevin. — *Bull. Soc. Médic. des hôpitaux*. 1905. P. 420.

(16) Thesing. — *Berl. mediz. Gesellsch*. 17 Mai 1905.

(17) F. Schaudin. — *Generations und Wirtswechsel bei Trypanosoma und spirochaete. (Arbeit. a. d. Kais. Gesundheitsamte*. XX. 1904. P. 387).

(18) A. Laveran et Vallée. — *Acad. des sc*., 5 Juin 1905.

(19) Rouget. — *Ann. Inst. Pasteur*. X. 1896. P. 716.

Dr. D. Tatușescu.

DIAGNOSTICUL PRECOCE AL TUBERCULOZEI PULMONARE

(Urmare)

II.

CERCETĂRILE MICROSCOPICE ȘI EXPERIMENTALE.

Sunt mijioace relativ noui, cu ajutorul cărora putem dobândì un număr de date, poate cele mai certe, cu privire la stabilirea unui diagnostic precoce al tuberculozei pulmonare. Procedeul care șeade în fruntea tuturor ca drept de vechime și în unele cazuri chiar ca importanță este:

Căutarea bacilului lui Koch în spută și exudate. — Sunt îndreptățit, cred, să dispensez pe cititori de descrierea tecniciei acestei cercetări, atât de vulgarizată. Pentru scopul care ni l-am propus noi, cercetarea bacilului tuberculozei de-a dreptul în spută, fără întrebuințarea nici unui artificiu are un rol șters, pentrucă în această fază tuberculoza e mai mult sau mai puțin închisă și bacilii nu sunt expectorați. Există totuși cazuri în cari focare mici de tuberculoză deși deschise și relativ suficient de înaintate pentru ca să depășească faza latentă, nu se pot diagnoticà clinicește, fie din cauza micimii lor, fie din cauză că ele ne secretând suficient, nu provoacă o expectorație, fie în fine că secrețiunea e suficientă, dar bolnavii înghit sputa, cum se întâmplă la copii și la unii adulți.

În acest capitol îmi propun mai mult să expun mijloacele artificiale ce putem pune în joc pentru a provocà expectorația când ea nu există, a obține spută când ea există dar scapă investigațiunii noastre obișnuite, și a pune în evidență cu înlesnire bacilii, când sunt rari. Aceste mijloace sunt următoarele:

1. Să se adune sputa de 24 ore și să se caute bacilii în can-

titatea totală, preferind părţile cele mai compacte, sau omogenizând-o printr'un lichid digestiv, între altele, leşia de sodă şi supunând-o centrifugării.

2. Dacă expectoraţia nu e suficientă, să se învelească seara toracele bolnavului într'o compresă Priesnitz; iar a doua zi dimineaţa ridicându-se compresa, să i se facă o fricţiune cu apă rece. Elementul cataral care întovărăşeşte totdeauna inflamaţiunile tuberculoase, prin acest procedeu este solicitat la o secreţiune mai abundentă, şi expectoraţiile cari rezultă, cărăuşesc cu ele o parte din bacilii pe cari mai nainte nimic nu-i îndemnă să iasă din bronchii. Presupunând că nici acest procedeu, recomandat de *Moeller* nu reuşeşte, atunci avem recurs la:

3. Procedeul lui Levy şi Brunno, care consistă în adunarea expectoraţiilor de 24 ore, separarea părţilor mai compacte şi spălarea lor în soluţie fiziologică. Din acest lichid se injectează de mai multe ori maximum câte 0,5—1,5 cm. c. în peritoneul mai multor cobay şi pentru ca să se evite peritonita acută, sputa se poate încălzi timp de 10 minute la 60° ctgr. În secreţiunea peritoneală a cobayului se caută bacilul.

4. *Injecţiunea cu tuberculină* cu a cărei tecnică vom face cunoştinţă mai târziu, provocând o congestiune perituberculară cu secreţiune abundentă şi expectoraţie, favorizează eliminarea bacililor.

5. *Injecţiunile de exsudate peritoneale sau pleurale în funcţiune de tuberculoză,* a căror tecnică o vom expune într'alt loc, lucrează în acelaş mod, dar mai puţin activ decât tuberculina.

6. *Injecţiunile cu ser artificial* se află în aceleaşi condiţiuni.

7. *Administrarea iodurului de potasiu* în doză de câte 0,20 (Sticker) mai multe zile consecutiv, a fost combătut de Grieger, Neufeld şi Knoff (*Deutsche med. Woch.* 1900), sau injecţiunile sub-cutanate cu iodipin, joacă acelaş rol.

8. *Puncţiunea plămânului* cu siringa Pravaz, în dreptul focarului bănuit şi aspiraţiunea câtorva picături de secreţiune (*Henkel. — Münch. med. Woch.* 1900 p. 519. — *Moeller-Münch. med. Woch.* 1901, No. 50), în care se caută bacilii lui Koch.

Câmpul de aplicaţiuni al acestui procedeu e foarte restrâns, pentru că nu sunt mulţi bolnavi, cari să se supue acestei cercetări, şi nici mulţi medici, cari în interesul bolnavului să nu aleagă unul mai puţin dureros şi mai inofensiv.

5. *Baciloscopia sputelor extrase din stomac.* Henri Meunier (*Presse méd.* No. 67 din 1898), departe de a fi satisfăcut de concluzia tuturor tratatelor clasice de patologie infantilă, unde în mod invariabil găseşti scris că: „Expectoraţia neexistând la copiii tuberculoşi (Zuber. *Traité des maladies de l'enfance*), cercetarea bacililor este imposibilă“ atunci când nu e medic care să crează că tuberculoza la copii nu produce secreţiune, şi care să nu fie convins de existenţa tusei grase la copiii tuberculoşi în anumite momente. Copiii însă, neavând educaţia expectoraţiei, care câte odată lipseşte chiar la adulţi, în loc să scoată sputa afară, o înghit, sau, cu alte cuvinte, în loc să scuipe în scuipătoare, scuipă în stomac. Acestei scuipători improvizate trebue să ne adresăm dar şi să-i cerem sputa pentru a cerceta bacilii. Prin spălături de stomac, zice autorul, făcute dimineaţa pe nemâncate, se obţine totdeauna cel puţin câteva parcele de secreţiune bronhică, în care să putem căutà bacilii, cunoscând că sucul gastric nu alterează nici morfologia, nici proprietăţile cromofile ale acestui microb.

Căutarea bacililor în materiile fecale. Cercetările experimentale, am văzut mai sus, au dovedit în mod nediscutabil că sucul gastric, cu toată puterea lui antiseptică şi digestivă, nu alterează morfologia şi cromofilia bacilului.—El trecând prin stomac nevătămat, se elimineazà prin materille fecale unde îl putem căutà cu oarecare şansă, diluând parcele din aceste materii şi făcând din lichidul de diluţiune frotiuri, colorate după metoda lui Ziehl, sau utilizând procedeul lui Strasburger, care consistă în diluarea unei mici cantităţi de materii fecale cu câţiva centimetri cubi de apă, centrifugare, decantarea părţii superioare de lichid turbure, care se subţiază cu puţin alcool, se contrifugiază din nou. In câteva minute apare pe fundul eprubetei un deposit, în care se caută bacilii. Confuziunea se poate face cu acido-rezistenţii.

Cercetarea bacilului în mucozităţile din faringele superior.—Acest procedeu a fost aplicat pentru întâia dată în clinica umană de Kauffmann. (*Prag. méd. Woch.* 1892), imitând procedeul aplicat în veterinărie pentru a extrage mucozităţi din esofagul calului.—Aplicat de H. Meunier la mai multe cazuri din serviciul lui Hutirel, n'a dat rezultate hotărîtoare, pentrucă a fost negativ la unele cazuri de tuberculoză averată.

Inoscopia (is, inos = fibrină). Cercetarea bacililor în mase de lichid voluminoase, în cari ei se găsesc foarte puţini, devine aşà de grea, încât tecniciani de valoarea lui Koch şi Ehrlich au renunţat şi tratatele de bacteriologie o deconsiliază. — Această greutate rezultă din dispersiunea germenilor în suspensiune şi coagulaţiunea serozităţii. Factorul principal al nereuşitei sedimentării şi a centrifugării este coagulabilitatea. Ea începe aproape din momentul contactului trocarului cu lichidul, invizibilă la început, dar suficientă pentru a aglutima bacilii, celulele, etc. — Bacilii se găsesc conţinuţi în mrejele fibrinei, dificultatea consistă în a-i extrage. — Aceasta face originalitatea procedeului lui Andrée Jousset (*Semaine méd.* janv. 1903). —Soluţia problemei consistă în a topì chiagul, fără a atinge bacilii şi a-i căutà în rezidiul centrifugat.—Agenţii chimici întrebuinţaţi în acest scop sunt soluţiile de potasă sau sodă $1^0/_0$; însă acest procedeu necesitând încălzirea amestecului se produce o spumă care jenează centrifugarea, al doilea neajuns este alteraţiunea bacililor, din cari nu scapă neatinşi decât cei fagocitaţi. — Trecând prin clorurul şi fluorurul de sodiu pentru a renunţà la ele, autorul se opreşte la următorul amestec digestiv care se apropie de compoziţiunea sucului gastric:

Pepsină în paillette (titlu 50 codex) .	*1—2 grame.*
Acid chlorhidric la 22° Baumé	aà *10 c.c.*
Glycerină pură	
Fluorur de Sodiu	*3 grame.*
Apă dist.	*1000 grame.*

Acest lichid se poate păstrà 30 de zile.

După ce s'a extras exsudatul cu precauţiunile de asepsie, se lasă să se coaguleze, se strecoară apoi printr'o compresă fiartă în soluţie alcalină. Coagulul se spală în apă distilată şi cu ajutorul unei spatule boante, în platină, se culeg flocoanele de fibrină de pe compresă şi se aruncă într'o sticlă care conţine 10—30 c. c. din soluţiunea digestivă, se pune în etuvă la 38°, agitându-se energic la fiecare jumătate ceas şi digestiunea se face în 2—3 ceasuri. Lichidul digerat se centrifugiază şi în depozit, care nu trece nici odată peste $^1/_{10}$ c. c., se găsesc bacili. Trebuesc examinate cu răbdare, suprafeţi mari de preparat, timp de cel puţin jumătate oră înainte de a conchide la negativitatea cercetării. Microbii sunt variaţi ca forme, în general mai scurţi şi mai groşi ca cei din spută. Ehrlih şi Fernet au inoculat coagulul la animale şi au dovedit virulenţa lui.

Inoculările la cobai. Tavel în 1888, bazat pe experienţele lui Arloing şi Straus, cari au arătat că cel mai bun animal-reactiv pentru tuberculoză, este cobaiul, a început o serie de inoculări experimentale în scopul de a profità de acest mijloc pentru stabilirea clinică a diagnosticului precoce, de oare ce contagiozitatea fusese dejà dovedită pe cale experimentală de Willemin.

Tavel, ale cărui cercetări au fost făcute pe 120 cazuri îndoioase, ajunge la următoarele concluziuni:

1). Totdeauna când afecţiunea este tuberculoasă, inoculaţiunea la animale produce tuberculoza.

2). Metoda inoculaţiunilor dă rezultate mult mai sigure decât examenul patologic.

3). Ea poate să dea resultate sigure chiar în cazurile unde examenul este imposibil.

Inoculaţiunea se poate face, intra-peritoneală, intravasculară sau sub-cutanată. Se preferă sub-cutanată la faţa internă a coapsei. Când inoculăm sputa, pentru ca să îndepărtăm infecţiunea strepto-stafilo şi pneumococică, o încălzim câteva minute la 60°, după ce am strivit-o cu puţină apă sterilizată. Ca control e bine totdeauna să inoculăm şi un animal sau doi cu spută neîncălzită. Cantitatea variază după felul lichidului: sputa în cantitate mai mică, lichid pleural dela 10—20 c. c. Inoculaţiile se pot face şi cu alte produse, cele mai obişnuite însă sunt: lichidul pleuretic, materiile fecale şi sputa.

Biedert şi Soltles sunt de părere că e posibil la copii să se stabilească un diagnostic foarte precoce al tuberculozei, inoculând la cobai materiile fecale dela cei suspecţi.

Neajunsul acestei metode atât de sigure, este că necesită instalaţiuni şi instrumentaţii, pe cari nu orice serviciu spitalicesc, nici fiecare practician le are la îndemână, şi că reacţiunea animalelor e lentă, aşa că rezultatul nu se poate aveà decât după mai multe săptămâni.

Procedeul lui Nathan-Larrier. — Acest procedeu scurtează perioada de reacţiune şi permite să se constate după 10 zile în mijlocie, existenţa bacililor tuberculoşi într'un lichid patologic. El a fost inspirat de o comunicare a lui Nacard, făcută la congresul internaţional de medicină din 1900, în care a arătat că la vacă, glanda mamară constitue un mediu de cultură vieţuitor, în care bacilul se dezvoltă foarte repede şi apare în mare număr în lapte. Nathan-Larrier a utilizat pentru clinică mamela cobaiului. Inoculaţiunea trebue să fie făcută în glanda unei femele în plină lactaţiune. Cantitatea de lichid ce se poate injectà, nu trece de 3 c. c. Din a 5-a zi apare o induraţie şi din acest moment până la a 12-a zi trebue să se facă examenul metodic al laptelui.

Cytodiagnosticul. Această descoperire, care în clinică este una din cele mai importante ale timpului modern, se datoreşte lui Widal şi Ravaud. Ea a trecut printr'o fază de fluctuaţie, în care timp a fost supusă controlului întins al tuturor laboratoriilor clinice din lume şi apoi s'a stabilit definitiv, adoptând următoarea formulă:

Exsudatele seroase cari recunosc la baza lor un substrat tuberculos, prin centrifugare dau un depozit de celule leucocite, în cari se constată imensa predominare a limfocitelor.

Exsudatele inflamatoare, provocate de o infecţiune banală, dau în depozitul de centrifugare, predominenţa polinuclearelor; iar

Transudele simple, mecanice, conţin un număr foarte mare de celule endoteliale, izolate sau în placarde.

Formula însă e prea frumoasă ca să fie aşà de simplă. Ceea ce au arătat Widal şi Ravaud e adevărat, dar cu condiţie ca exsudatele să aibă o vechime de câteva zile; de altfel condiţia în care se prezintă obişnuit cazurile în clientela spitalicească, unde s'au făcut cercetările.

Ivindu-se cazuri la cari puncţiunea repetată mai multe zile consecutiv, a arătat modificarea tipului leucocitar, aceasta a sădit oarecare îndoială chiar în spiritul acelora cari erau partizani ai metodei; atunci, printre alţii O. Lubarch şi R. Ostertag au întreprins cercetări de elucidare a chestiunii şi au dovedit că mononuclearele nu se stabilesc din primul moment al exsudaţiunii, când predomină tipul polinuclear, ci la începutul celei de a 2-a săptămâni. Mai târziu Wolf, Barjon, Cade, Gulland şi alţi au arătat că până la a 10-a zi polinuclearele sunt stăpânele situaţiei.

Importanța acestor amănunte n'are nevoe de comentarii, ele ne arată prudența ce trebue să o păstrăm când formulăm diagnosticul clinic, după examenul citologic făcut în primele zile ale exsudațiunii și necesitatea care se impune ca puncțiunile să fie repetate de câteva ori înainte de fixarea diagnosticului definitiv.

Proba vizicătoarei. In mod cu totul independent de eosinofilia sanguină, există un apel de eosinofilie în serozitatea flictenulară a vizicătorii, constatată de Chantemesse, Roger și Josuet, Humbert și alții și negată de Neusser, Unna, Wiettfield, etc Nepotriveala constatărilor proveneà din faptul că cei dintâi au examinat lichidele imediat după formarea bășicei când eosinofilele abundau; iar cei de pe urmă după ce a trecut câtăva vreme, când acidofilele au diminuat și chiar dispărut cu totul în foarte scurtă vreme. Erà necesar să se stabilească o formulă leucocitară tip a lichidului flictenular, lucru care a și fost făcut de Roger și Josuet, ajungând la rezultatul, că un lichid normal conține: polineutrofile 65—70$^0/_0$, rare mononucleare, mari și mici, câteva myelocite granuloase și eosinofile în proporție de 19 — 25$^0/_0$.

Abaterile dela această formulă în plus sau în minus reprezintă stări patologice și chiar ne pot da posibilitatea să apreciem faza în care se găsește boala, având în vedere că eosinofilia e datorită iritației măduvei osoase de toxină.

Cu privire la tuberculoză, iată rezultatul la care a ajuns Audibert experimentând pe 7 cazuri de tuberculoză pulmonară.

La tuberculoșii debutanți a găsit: 3, 8, 12 și 16, la 100 eosinofile, $9,_9\,^0/_0$ la o tuberculoză fibroasă la un bătrân și 4,1^3 și 0^6 la $^0/_0$, la tuberculoze vulgare mai mult sau mai puțin înaintate. Concluzia care decurge este că: în tuberculoza incipientă, ca și în fazele următoare, eosinofilia este sub normal.

Se citează în sprijinul acestei păreri și o observație a lui Hobs (*Presse méd.* 1903), care a putut diagnosticà un pseudo reumatism tuberculos după faptul că eosinofilele în lichidul vezicătoarei scăzuse la 3$^0/_0$. Neavând experiență personală în această privință, reproduc concluziile lui Audibert făcute la 1902:

„In rezumat, valoarea probei zise a vezicătoarei, se pare că
„a fost cam exagerată ca metodă de investigațiune, și după
„faptele cari le-am observat credem că ea trebue să fie redusă
„la proporții mai juste.

Timpul i-a dat dreptate.

Cercetarea sângelui. Prin acest procedeu obţinem relativ puţine semne utile pentru diagnosticul precoce al tuberculozei, cu toate acestea nu e lipsit de interes să recunoaştem modul cum reacţionează sângele chiar din faza iniţială a infecţiunii tuberculoase.

Din punctul de vedere chimic, s'a dovedit de Riegler şi de Fodor, atât prin examenul sângelui dela tuberculoşi, în diferite faze ale boalei, cât şi dela animale intoxicate cu tuberculină, că el îşi pierde din alcalinitate şi devine hypoacid. Cauter *(Rev. de med.* 1904) şi Bernheim *(Copmt. rend. du congr. de Londres)* fac din această particularitate chimică, caracteristica terenului tuberculizabil.

Din punct de vedere al valorii globulare, Appelmann a constatat totdeauna o stare de anemie mai mult sau mai puţin înaintată, fără să atingă nici odată cifrele clorozei.

In privinţa formulei leucocitare părerile sunt cam împărţite. Claude şi Zeky găsesc la început o îmmulţire a leucocitelor mononucleare, a formelor de trecere şi a eosinofilelor; numărul polinuclearelor rămâne relativ constant.— Experimentând pe 30 de cobay a obţinut rezultate oscilante: la început foarte puţină leucocitoză cu foarte puţine polinucleare; la cazurile mai înaintate polinuclearele cresc, mononuclearele scad şi eosinofilele dispar.

După Stevens numărul leucocitelor este foarte variabil şi aceasta depinde mai cu seamă de perioada boalei, de rezistenţa organizmului şi de ivirea unor eventuale complicaţiuni. F. Bezançon şi M. Labbé sunt de părere că în regulă generală tuberculoza nu posedă o curbă leucocitară cu evoluţie regulată. Formula leucocitară variază după popasurile boalei şi scapă oricărei regule. Pavillard opinează că numărul leucocitelor merge cu gradul de intoxicaţie, creşte la agravarea boalei şi scade la ameliorare, îmmulţirea priveşte mai cu seamă polinuclearele. O lege stabilă, zice el, nu există, modificările după stadiu, interesează numărul leucocitelor şi nu speţele. Sunt cazuri izolate cari fără cauză vizibilă, fac excepţie. Bezançon şi Labbé se opresc şi ei la părerea că în tuberculoză după observaţiuni clinice şi cercetări experimentale, reacţiunea prin mononucleare cari constitue formula obişnuită a perioadei de edificare a tuberculelor, este precedată de un stadiu tranzitoriu de polinucleoză.

In fine, ca să terminăm, trebue să spunem că şi sângele poate beneficià de *examenul inoscopic* după procedeul următor:

Se culege prin puncţimea venoasă 30—40 grame de sânge cari se aruncă în 150—200 c. c. apă distilată şi sterilizată, se produce imediat un lacaj şi peste câteva ceasuri se poate extrage, din acest amestec, mici coaguli puţin consistenţi, dar suficient de spălaţi, cari sunt trataţi prin digestiune, după metoda descrisă dejà la capitolul *inoscopie*. Se mai poate culege sânge cu ajutorul a 2 sau 3 ventuze scarificate, şi după 20 minute coagulul este spălat prin expresie sub un curent de apă până ce fibrina ia o coloraţiune albă rozată, apoi se supune digestiei, după cum dejà am învăţat. Acest procedeu care are de scop găsirea baccililor în sânge, nu dă rezultate satisfăcătoare, pentrucă e defectuos pe de oparte; iar pe de alta pentrucă în perioada iniţială bacilii sunt rari în sânge. De altfel însuşi autorul într'o publicaţiune mai recentă se arată puţin entuziasmat de dânsul. Cu toate acestea Aubeau, în congresul de tuberculoză dela 1893 a arătat preparate în cari bacilul tuberculozei se prezintă sub 5 forme: *zooglee*, *coco-bacterii*, *cocotrix*, *bacili*, şi *filamente*.

Prin prezenţa acestor micro-organisme pretinde dânsul să pue diagnosticul precoce al tuberculozei, fără nici un semn clinic. Bacilul lui Koch se prezintă foarte rar în sânge sub formă de bacil sau filament şi aceasta explică, zice dânsul, nesuccesul experimentatorilor de până acum.

Injecţiunile cu tuberculină. Fără să intrăm în discuţiunile tecnicei fabricaţiunii tuberculinei, care nu e de competinţa programului ce ne-am impus, trebue să spunem că tuberculina a fost nevoită să accepte în medicină un rol cu mult inferior aceluia pentru care a fost creată. Propusă în scop terapeutic de Koch a căzut foarte repede în disgraţia medicilor şi cu drept cuvânt; a fost reluată însă în acelaşi an de Bergmann în scop diagnostic şi se pare că această din urmă utilizare a fost mult mai fericită. De această proprietate a ei ne vom ocupà în lucrarea de faţă.

Bergmann din Berlin, bazat pe reacţiunea termică ce tuberculina o dă în mod constant ori de câte ori este pusă în conflict cu o infecțiune tuberculoasă, chiar în faza incipientă, s'a gândit s'o utilizeze în scop diagnostic pentru o tumoră a obrazului, asupra naturei căreia nu erà edificat. Această primă încercare înseamnă pentru tuberculină debutul ei în rolul de reactiv-diagnostic al tuberculozei.

Dela această dată, încercări de acelaș fel au fost făcute de Pean, Lannelongue și alții, Hensch a utilizat-o pentru prima dată la copii, Springlhorpe din Londra pe tuberculoșii incipienți. In anul 1891 Arloing, Rodet și Courmont *(Soc. med. des hôp.* 1891). fac oare-cari încercări de a întunecà gloria tuberculinei, contestându-i ori-ce merit în privința diagnosticului; însă ea a fost reabilitată pe deplin în congresul dela Buda-Pesta 1894 de Nocard și Bang din Copenhaga, cari au arătat că $96^0/_0$ din încercările cu tuberculină în diagnosticul precoce al tuberculozei sunt pozitive; dar nu pot spune că e un mijloc absolut pentru că câte odată reacțiunile pozitive nu au putut fi verificate la necropsie.

Câteva cazuri de agravare a boalei prin injecțiuni intempestive de tuberculină, care din nenorocire se mai întâmplă încă și astăzi, au aruncat oarecare sfială asupra întrebuințării acestui mijloc de diagnostic. Recunoscându-se însă greșala, metoda a fost perfecționată, bolnavul pus la adăpost de ori ce agravare; iar tuberculina și-a reluat locul de onoare și servește astăzi nu numai la verificarea tuberculozei, dar chiar la verificarea unor teorii relative la etiologia tuberculozei și răspândirea ei în societate pe un număr mult mai mare de indivizi decât se arată în aparență.

In acest scop, din marele număr de tuberculine, ce au apărut, practica a ales două:

Tuberculina lui Koch din 1890, fabricată de Casa Meister Lucius & Brüning din Höhst, și debitată în fiole de 1 c.c. cunoscută sub inițialele T. R. și tuberculina institutului Pasteur, care e fabricată din culturi de tuberculoză bovină.

In privința cantităților întrebuințate există o deosebire între școala lui Koch, care injectează treptat până la 1 și 2 centigrame și școala franceză, care după etatea și constituția individului, începe cu zecimi de miligrame, pentrua se ridicà cel multla o jumătate de centigram. — Așà Hutinel care a experimentat tuberculina pe un mare număr de copii, a întrebuințat ca doză iniţială $^{1}/_{20}$ dintr'un miligram şi la fiecare interval de 5—8 zile adăugă 1, 2, 3 şi $^{4}/_{10}$ dintr'un miligram.—Grancher întrebuinţează tuberculina institutului Pasteur în doză de 2, $^{3}/_{10}$ de miligram pentru început şi $^{5}/_{10}$ de miligram pentru repriză, doză pe care n'a întrecut-o nici odată. Chauffard *(Semaine med.* 1898) se declară partizanul dozelor mici, însă pentru alt motiv decât sănătatea bolnavului. „Nici odată, zice dânsul, nu trebue să se treacă peste 0.005 miligrame, pentrucă reacţiunea poate să se producă chiar în afară de ori ce infecţiune „bacilară“.

Pe când Chauffard socoteşte acest zel, aşà de departe împins al tuberculinei ca un defect al reactivului; Behring, din contră se bazează pe dânsul pentru ca să conchidă la revelarea unor vicii tuberculoase latente ale organismului.

„Noi toţi suntem mai mult sau mai puţin tuberculoşi, zice „Behring, în conferinţa ţinută la Congresul dela Cassel *(Sept. „1903)*, tuberculoza noastră datează din cea mai fragedă copilărie“; iar părerea şi-o sprijină într'altele pe datele necropsice a le lui Noegeli din Zürich care susţine că: „n'a găsit un „singur cadavru omenesc trecut de 30 de ani, care să fie lipsit de leziuni tuberculoase“ şi pe statisticele injecţiunilor cu tuberculină, printre cari citează pe aceea a unui medic militar Frantz, care a făcut observaţiuni clinice pe o scară foarte întinsă, procedând în modul următor:

A înjectat la soldaţi 1—3 miligrame de tuberculină, prin urmare o doză slabă, zice dânsul, şi nu se ridică la 5 miligrame decât când repetă injecţiunea. Cu toată cantitatea mică de tuberculină înjectată şi cu toată sănătatea bună, în aparenţă, a soldaţilor în experienţă, tuberculina a provocat reacţiunea la 61% de cazuri de soldaţi cari făceau primul an de serviciu şi 68% la cei ce erau în al doilea an. Intr'o notă, adresată mai de curând lui Behring, el adăugă că: atunci când a întrebuinţat un centigram de tuberculină, după indicaţiunile lui Koch, numărul soldaţilor cari au reacţionat a fost de 96%. Dacă se dovedeşte, că acestui fapt nu i se poate imputà nici o greşeală de procedeu sau de interpretare, trebue să admitem că tuberculoza este starea normală a omului şi lipsa ei o stare abnormă. Orcum ar fi în acest total de reacţiuni trebue să recunoaştem o limită până la care merge tuberculoza patologică aşà cum o înțelegem încă astăzi în clinică și dela care înainte începe era îndoelii, a tuberculozei suprafitice, sau a tuberculozei latente, cum ați vreà să o numiți, în ori ce caz a unei stări nu tocmai bine cunoscute.

De aceea nu e lipsit de interes să arătăm modul cum trebue să reacționeze un tuberculos pentru ca să merite această etichetă patologică.

Dintr'o soluțiune titrată de tuberculină, făcută în apă ușor fenicată, în apă sterelizată sau în ser artificial sterilizat se injectează după etate, dela câteva zecimi de miligram până la un miligram. Când reacțiunea se va produce, ea are loc dela 4—6 ore după injecție, excepțional de rar după 12 sau 15 ore. Ea consistă într'un acces de turtur cu ascensiune termică, care trebue să fie de cel puțin ½ grad, pentru ca să poată fi considerată ca reacțiune pozitivă, reacțiune iritativă în locul injecțiunii, transpirației, congestiune în jurul focarului tuberculos cu tuse și expectorație și foarte rare ori ușoară albuminurie. Temperatura se poate urcà până la 39 și 40°, dar nu durează mai mult de 48 de ore. După căderea temperaturei totul revine la normal. In cazul când la prima injecțiune bolnavul nu reacționează, ne vom ferì de a face o a doua înainte de 5 sau 8 zile, urcând doza la 1 miligram; dacă și această doză rămâne negativă, se repetă o serie de injecțiuni la acelaș interval urcând doza de fiecare dată cu câte un miligram până ce vom ajunge la cifra totală de 5 miligrame. In cazul când nici la această maximă doză nu se produce nici o reacțiune, e inutil să mai continuăm și putem conchide la indemnitatea subiectului.

Ca regulă generală, înainte de a începe injecțiunile trebue să ne convingem că bolnavul e apiretic cu 2—3 zile înainte, în caz contrar nu procedăm la această probă până ce temperatura lui nu s'a scoborît și menținut la normal numărul de zile mai sus anunțat.

Trebue să menționăm că în unele cazuri de tuberculoză pulmonară prea înaintată, tuberculina nu dă reacțiune.

Injecțiunile cu ser artificial, proprietatea lor piretogenă, față de tuberculoși, a fost descoperită de Hutinel în mod întâmplător (*Sem. med.* 1893). Urmărind cestiunea mai metodic și mai de aproape, a constatat că, injectând de 2 sau 3 ori pe zi câte 10 c. c. dintr'o soluţie sterilizată de 7/1000 clorur de sodiu, se produc ridicări de temperatură de 1—3°.

Această reacţiune febrilă însă nu e patognomonică pentru tuberculoză, deşi a observat că la tuberculoşi e mai intensă şi mai constantă. Mai târziu Sirot reluând chestiunea *(Sem. med.* 897) experimentează cu un ser astfel compus:

Clorur de sodiu	6	grame
Sulfat de sodiu	10	»
Sulfat de magnesie	2	»
Apă destilată	1000	»

Injectând din această soluţiune, câte 20 c. c., conchide la specificitatea reacţiunii datorită sărurilor de sodiu. In fine Combemale şi Mouton comunică la Congresul de medicină internă dela Lille (1899) rezultatul cercetărilor, ce au făcut în această privinţă pe 100 de bolnavi, şi ajung la următoarea, concluzie:

„Serul sărat, dă o probă nu irefutabilă, dar de presumpţie, „foarte puternică în cazurile de tuberculoză, deschisă, sau chiar „în tuberculoza închisă, dar de oare care durată. Când o contra „probă cu tuberculină confirmă pe acea a serului, presumţiunea „creşte până la certitudine; dar cel dintâiu mijloc fără al doilea „n'are valoarea care i s'a atribuit până acum.

Injecţiuni cu alte diferite lichide în acelaş scop şi aproape cu acelaş rezultat s'a propus de Max Mathes (*Deutsch Arch. f. Klin. Med.* 1854) injecţiuni cu deutero-albumoză, hetero-albumoză şi peptonă în doză dela 0.05 până la 0.07.

Injecţiunile cu ser dela alte animale (Hutinel *Sem. med.* 1895). Injecţiunile cu iodur de potasiu (Mettetal, *Thèse Paris* 1900), injecţiunile cu acid succinic (Vignerat, *Rev. med. dela Suisse* 1897). Toate aceste încercări n'au dovedit o specificitate pentru că dau reacţiuni termice şi pe subiectele îndemne de tuberculoză; iar singura diferenţiare pe care o fac, e că pe terenurile tuberculoase reacţiunea e mai intensă.

Plecând dela idea că în lichidele de exsudaţiune inflamatoare de natură tuberculoasă, există în soluţiune produse bacilare, cari intră şi în compoziţia tuberculinii, câţiva dintre medici s'au gândit să utilizeze aceste exsudate în acelaşi scop în care se întrebuinţează tuberculina.

Debove și Renaut au încercat cei dintâiu *injecțiunile cu lichidul pleuretic.* Ca primă restricțiune ce trebue să facem acestui procedeu, este că el nu se poate aplicà decât pe acelaș bolnav dela care s'a extras lichidul, căci altfel riscăm de a tuberculizà în mod definitiv bolnavi, cari n'au altă vină decât de a fi bănuiți de tuberculoză, de un medic mai mult sau mai puțin în drept să o facă.

Acest neajuns s'ar puteà îndepărtà dacă procedăm la sterilizarea lichidului, operație complicată, în care adese ori erorile joacă un rol capital și care necesită instalațiuni, cari de cele mai multe ori nu sunt la îndemâna practicianilor, nici chiar a celor mai multe servicii spitalicești. Presupunând însă că trecem peste toate aceste neajunsuri, ele încă nu s'au isprăvit, și în primul rând apare neștiința complectă în care ne găsim cu privire la dozarea acestor tuberculine din exsudate și în fine, mai intervine un nou factor de eroare și anume: imunizarea relativă pe cari o suferă organismul purtător al exsudatului, prin resorbțiile mici dar continue din tuberculinele conținute în lichidul exsudat.

Injecțiunile cu lichidul ascitic dela peritonitele tuberculoase au fost întrebuințate pentru întâia dată în scop diagnostic de Debove și Rémond. Ele sunt susceptibile de aceleași imputări cari se fac și injecțiunelor cu lichid pleural, asupra cărora credem că e de prisos să mai revenim.

Reacțiunea aglutinantă, poate să ne servească ca un mijloc de informațiuni prompt și foarte important în diagnosticul precoce al tuberculozei pulmonare Arloing și Courmont, (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences* 1898).

„La 70 de cazuri de subiecte sănătoase nu erà altă bănuială „de tuberculoză decât sero-reacțiunea, 45 au fost verificate ca a„devărate prin autopsii și urmăriri clinice. Insă la 31% din cazuri, „cu toate că tuberculoza era dovedită, sero-reacțiunea a fost ne„gativă erà vorba de leziuni foarte înaintate. Sero-reacțiunea aglu„tinantă dă rezultate cu atât mai hotărîtoare cu cât leziunile sunt „mai puțin înaintate."

În definitiv, după citații autori, această reacțiune dă rezultate pozitive în proporție de 69%.

Sero-reacțiunea se mai poate face cu exsudatele tuberculoase (Courmond, Mongour et Buard).

Şcoala germană, reprezintată prin Fraenkel, Bendix Dieudonné, etc. contestează reacţiunii lui Arloing ori ce valoare clinică, de oare-ce se găseşte pozitivă la subiecte cari nu sunt tuberculoase şi e adese ori negativă la tuberculoşi necontestaţi şi chiar la tuberculoşii incipienţi, găsindu-se cele mai adese ori în contrazicere cu rezultatele obţinute prin tuberculină.

Tecnica: Totul consistă în prepararea mediilor omogene de cultură, care a fost cea mai mare dificultate, şi pe socoteala căreia pune Arloing, cea mai mare parte din neînţelegeri între şcoala germană şi cea franceză.

Arloing dă următoarea tecnică pe care o vom expune în mod sumar: se fac culturi pe cartofi cari au fost fierţi într'un tub special şi unde stau parţial înecaţi într'un amestec de apă cu 6% glicerină. Din când în când se imprimă tubilor mişcări de rotaţiune, aşa că lichidul spălând suprafaţa culturii, ia cu dânsul microbii ne aderenţi pe cari îi depune la fund. Aceşti bacili desagregaţi sunt transportaţi în bulion peptonizat, adiţionat cu 6% glicerină. Eprubetele trebuesc agitate de câteva ori pe zi şi după 4—5 zile apare o uşoară vegetaţiune pe fundul recipientului, după care bulionul se turbură în totalitate.

D-l Vasilescu, asistent la laboratorul comunal din Bucureşti, propune un alt mod mai practic şi mai expeditiv pentru prepararea culturilor omogene şi anume:

Se ia 200 c. c. ser de viţel, limpede şi steril. La 25 c. c. de ser astfel cules se adaugă 75 c. c., apă distilată şi 3 c. c. glicerină pură, se agită bine într'un balonaş de sticlă, care apoi se aşează într'o bae-marină rece pe care o încălzim până la ebuliţiune. Se toarnă în eprubete largi de 2 ct. şi se observă ca coloana de lichid să nu aibă mai mult de 3 ct. înălţime, se trec apoi pentru ¼ de oră în autoclav la 120°.

În acest mediu se însemânţează abundent bacili de tuberculoză şi să ţine în termostat la 37°, agitându-l odată pe zi. După 4 zile apare un sediment, care după 8 zile devine abundent. Făcând preparate din acest sediment se constată bacili liberi, fără grămezi, nici chiar de 2—3 bacili.

Când am obţinut culturi omogene, e bine ca însemânţările ulterioare să fie făcute tot din culturi omogene. Vom preferà totdeauna generaţiile noui; culturile mai vechi de o lună fac grămezi.

Pentru a face sero-diagnosticul procedem în mai multe feluri:

1) Se înțeapă degetul bolnavului, și se aspiră într'un tub de sticlă sterilizat și de diametru mic câtevà picături de sânge, se lasă să se coaguleze și după exprimarea serului, se face un amestec de $^1/_5$, $^1/_{10}$, $^1/_{20}$, cu cultură omogenă, și apoi după 2—20 de ore se observă depozitul format și clarificarea culturii după care se judecă puterea de aglutinare a serului.

2) Se mai poate face în picătură suspendată, dar aproape s'a renunțat la acest procedeu.

3) Și înfine se face pe lamă obișnuită în modul următor: (procedeul d-lui Vasilescu) se iau 6 sticle de ceasornic și se pune în prima 10 picături de cultură omogeneizată și în fiecare din celelalte câte 10 picături mai mult, până la cea de a 6-a în care se pune o cantitate oarecare. În fiecare din aceste sticle se mai adaugă câte o picătură din serul ce avem a examinà, afară de No. 6. Se amestecă și se pune câte o picătură pe lame, peste care se așează lamela fără a apăsà. Se face o asemenea preparație și din sticla No. 6 care servește de control. După $^1/_2$ oră se observă la microscop în diluția de $^1/_{10}$ un început de aglutinare, care după o oră devine foarte vizibil. Pentru celelalte diluții, aceștia încep proporțional cu câteva minute mai târziu, dar nici odată mai târziu de o oră.

Radioscopie și radiografie. — Din multiplele observațiuni radioscopice făcute asupra plămânului s'a constatat că zonele de infiltrațiune tuberculoasă îl întunecă și că ganglionii tracheobronchici ipertrofiați apar sub forma unor pete obscure de-alungul coloanei vertebrale.

Bouchard aplicând cercetarea radioscopică la un caz de pleurezie, a constatat că după resorbția lichidului, unul din vârfuri erà mai puțin translucid decât cel-lalt, a conchis la o infiltrație bacilară, care mai târziu a fost verificată clinicește.

Bergonié din Bordeaux, a examinat o serie de bolnavi suspecți de tuberculoză pulmonară, având grija să delimiteze mai din nainte, cu creionul dermografic zonele de matitate. Expuși după aceea zarelor X a delimitat din nou zonele obscure și a constatat că ele se suprapuneau.

Moragliano în congresul ținut la Neapole în Octomvre 1897 a arătat excelența procedeului pentru diagnosticarea tuberculozei pulmonare îndoioase sau necunoscute și se crede în drept a afirma: că infiltraţiunele lobare dau o umbră mult mai intensă decât cele lobulare.

Kelsch şi Boïson, au arătat prin mai multe rapoarte adresate Academiei de medicină importanţa diagnosticului infiltratraţiunilor pulmonare oculte şi a adenopatiilor tracheo-bronchice fără semne clinice, în mediurile militare.

Ei s'au cantonat mai cu seamă la examinele radioscopice ale părţii posterioare a toracelui, unde ganglionii, peri-bronchici apar ca nişte pete rotunzite, cari se revarsă uşor de oparte şi de alta a coloanei vertebrale la nivelul celor patru dintâi vertebre dorsale.

La 120 soldaţi ce au examinat, şi cari nu prezintau nici un simptom de tuberculoză pulmonară au constatat la 41 micşorarea transparenţei la unul sau la amândouă vârfurile şi la 40 adenopatie bronchică uni sau bilaterală.

Melmann, arată că masele gresoase şi musculare pot să dea umbre care să fie luate drept infiltraţii pulmonare, dar pentru asta e destul să facem pe bolnav să execute mişcări de ridicare şi scoborîre a braţelor, pentru a varia poziţiunea umbrelor. Din totalul experienţelor lui vom alege câtevà rezultate cari ne interesează mai de aproape: Examinând 8 bolnavi atinşi de catar pulmonar fără bacili în spute, le-a găsit vârfurile mai puţin translucide ca în stare normală, după 3 sau 4 luni, patru dintr'înşii au prezintat bacili în spute. El mai e de părere că trebuesc bănuiţi de tuberculoză pulmonară toţi aceia la cari ţesutul pulmonar nu trece de partea superioară a claviculei.

Beclère în congresul de tuberculoză dela 1898, conchide că cele două semne mai importante în diagnosticul tuberculozei pulmonare bănuite prin razele Rönthgen sunt: micşorarea clarităţei imaginei pulmonare la vârf şi scoborârea diafragmului din partea bolnavă.

Diazo-reacţiunea lui Ehrlich este unul din mijloacele foarte puţin constante, cari vin în ajutorul diagnosticului precoce. Ea apare mai cu seamă la tuberculoşii înaintaţi şi numai câte odată la cei incipienţi şi atunci valoarea reacţiunii e condiţionată, cazul trebue să nu fie febril, pentrucă altfel sunt mai multe boale acute, febrile, la care există diazo-reacţiunea, şi cari s'ar puteà confundà cu tuberculoza. În cazuri excepţionale, ea poate să nu fie utilă pentru a decelà un debut de tuberculoză, mascat printr'o altă afecţiune acută, cu condiţiune ca aceasta din urmă să nu dea reacţiunea diazo şi în acelaş timp bolnavul să nu fi luat medicamente cari alterează reacţiunea, cum e salol, benzo-naphol, betol, tanin, tanigen etc.

Tecnica:

Se fac două soluţiuni A şi B.

Sol. A se compune din:

Acid sulfuric	2 gr. 50 ctg.
Acid clorhidric	25 „
Apă	500 „

Sol. B se compune din:

Azotat de sodiu	0,50 ctg.
Apă	100 gr.

se amestecă 49 c. c. din reactivul A cu 1 c. c. reactivul B din acest amestec, se ia 10 c. c. peste care se toarnă tot pe atâta urină şi în urmă amoniac în proporţie de $^1/_4$ sau $^1/_8$ din cantitatea totală a amestecului.

Pentru uşurarea procedeului Ranke a construit un mic tub gradat şi însemnat cu iniţialele S. U. şi A., indicând limitele până la cari se toarnă diferiţii reactivi şi urina.

Când reacţiunea e pozitivă trebue să apară în urină o culoare variând dela roz la roşu închis, culoarea caracteristică este acea a smeurei.

Agitând eprubeta, spuma trebue să ia aceeaşi coloraţie. Dacă o lăsăm în repaus, când reacţia e pozitivă, se produce un depozit de culoare verde.

Mă simt obligat, până a nu încheia această lucrare, să răspund îndoielei pe care o întrevăd în mintea cititorilor, sau cel puţin a unora dintre dânşii, asupra existenţei stărei latente a tuberculozei pulmonare, a limitelor şi duratei ei, şi prin urmare asupra utilităţei practice a tutulor semnelor expuse.

Înainte de toate ţin să se ştie că dignosticul precoce n'are drept ţel numai starea latentă, ci toate acele stări în cari tuberculoza nu se poate afirmà în mod neîndoios, atât din cauza lipsei simptomelor şi a semnelor principale, cât şi dintr'acea că unora din ele li se poate dà şi o altă interpretare.

Prin stare latentă înţelegem o perioadă în care cliniceşte nimic nu revelează boala, este aceiaş perioadă pe care în boalele infecţioase o numim perioadă de incubaţie şi pe care cu toţii o cunoaştem cât e de lungă, spre pildă la sifilis. Cu privire la tuberculoză avem exemple clinice şi experimentale dintre cele mai elocuente pentru a dovedì existenţa stării latente şi lunga ei durată. Între altele: se ştie că unul din mecanismele de vindecare a tuberculozei pulmonare este calcificarea focarului, şi adese ori suntem surprinşi la autopsii de prezenţa acestor pneumolite la bolnavii cari nu manifestau nimica pulmonar şi la cari auscultaţiunea nu dădeà cel mai mic semn de bănuială.

„Pe 100 de femei bătrâne, zice Rogié, am găsit 51 de ori con„creţiuni cretacee sau calcare". Baumgarten declară că în general la 1 din 3 sau 4 autopsii, or care ar fi cauza morţei afară de tuberculoză, se găsesc focare de tuberculoză latentă pe cale de vindecare. Kelsch preţueşte această frecuenţă la $^1/_2$ din cazuri.

Să nu se creadă însă că în aceste stări procesul este strâns şi printre nenumărate dovezi, i-au în sprijinul acestei păreri o observaţiune foarte instructivă a lui Haushalter.

„Un bolnav expectorează în 1889, un pneumolit, care a fost „curăţit şi conservat 10 luni într'un tub sterilizat. După o spălare „cu sublimat, a fost trecut prin flacără, triturat şi inoculat la „cobay. După 3 luni cobaiul a fost sacrificat şi s'a găsit tuber„culoză ganglionară la hilul plămânului şi în abdomen şi câţiva „tuberculi pulmonari.

„Bacilul lui Kock, zidit în nucleul calcar, peste a cărui în„prejmuire nu puteà să treacă, nu puteà să mai facă rău plămâ„nului în care locuià, dar n'a încetat cu toate acestea de a trăi".

Focarul reprezintă o tuberculoză latentă care nu renunţase la virulenţa ei decât pentru moment.

Acest fapt clinico-experimental îmi aduce aminte o observaţie din practica mea personală.

Pe când încă făceam stagiul în spitalul militar, am avut ocaziunea să autopsiez cadavrul unui soldat, care intrase în serviciu pentru a i se face o circumcizie din cauza unei fimoze. În urma acestei circumcizii, deşi plaga mergeà bine şi în puţin timp s'a şi cicatrizat, bolnavul a început să aibă febră, tuse, dispnee, starea tifică şi sucombă. La autopsie am găsit o granulie din cele mai tipice şi un singur focar vechiu de tuberculoză la vârful plămânului stâng, cu totul cretificat şi închistat.

Era o stare de tuberculoză latentă, dar totuş virulentă, care în urma micului traumatism operator s'a redeşteptat şi a dat generalizarea pe care am văzut-o.

Se pare însă că tuberculoza ereditară e în măsură să ne deà exemplele cele mai doveditoare de latenţă şi de parazitism al bacilului. În această privinţă experienţele lui Maffuci sunt pe cât de simple şi de ingenioase, pe atât de convingătoare.

Acest autor a inoculat tuberculoză umană şi tuberculoză aviară la peste 1000 de ouă de găină fecundate, pe cari le-a pus în clocitoare. După a 10—14-a zi embrionii sunt infectaţi prin bacili cari ajung la dânşii pe calea vaselor alantoidiane. Rezultatele cele mai bune le-a avut cu tuberculoza aviară şi le putem grupa astfel:

1) O parte din ouă nu s'au dezvoltat.

2) Dintr'altele puii au eşit *sănătoşi în aparenţă*, dar după oarecare timp (dela 20 zile până la 5 luni) se îmbolnăvesc şi mor; iar la autopsie se constată tuberculoză cu bacili în ficat, mai rar în plămâni.

3) O altă serie de pui se nasc slabi, cahectici şi mor fără să prezinte tuberculi sau bacili. E probabil că ei au suferit efectul cahectizant, al resorbţiei bacililor morţi, de oare ce se obţin aceleaşi rezultate cu injecţiuni de culturi sterilizate.

4) şi în fine într'altă serie puii triumfează în această luptă cu bacilii şi se dezvoltă ca şi cum n'ar fi suferit nimic.

De remarcat este din experienţele lui Maffuci faptul că nici odată nu s'au găsit leziuni de tuberculoză la puii cari mureau în timpul celor dintâiu 19 zile, deşi bacilul există în organizm şi era păstrat în stare viabilă.

Acest interval de timp, dela infecţiune până la apariţia primelor manifestaţiuni anatomo-clinice, nu este decât faza de incubaţie, sau faza latentă a boalei, care la seria de pui tuberculoşi s'a prelungit dela 20 de zile până la 5 luni; iar la om se poate prelungì . . . nu ştie nimeni cât.

Baumgarten şi Raccuglia a repetat experienţa, cu 12 ouă; n'au obţinut decât 2 pui cu înfăţişarea sănătoasă, pe cari i-au crescut la adăpost de orice infecţie tuberculoază. Unul a murit după 4 luni şi cel de al doilea după 4 $^1/_2$ cu tuberculoză recentă a ficatului, şi a splinei.

Pe baza acestor experienţe se poate conchide că:

1) Tuberculoza latentă există şi are o mare importantă diagnostică.

2) Lungimea duratei este evident variabilă după intensitatea infecţiunei, virulenţa microbilor şi rezistenţa terenului.

Să vedem acum dacă în clinică găsim cevà analog.

Se pare că observaţiunile clinice au mers chiar înaintea dovezilor experimentale, pentru că iată ce spune Verneuil, relativ la tuberculoză ereditară şi la faza ei de latenţă:

„Pe lângă tuberculoşii prin achiziţie personală, mai sunt cei „prin moştenire de familie; aceştia în momentul venirei pe lume, „sau la vârstă mai înaintată vor puteà prezinta leziunele şi sem„nele caracteristice ale tuberculozei fără să fi suferit vre-o con„tagiune personală, ci numai pentrucă au fost supuşi acţiunei „provocătoare a unei cauze banale: mizerie, frig, traumatism, „cu totul neputincioasă de a crea un virus oarecare. De unde „concluzia, că subiectul în chestiune, *infectat înainte de a se naşte,* „*poate să conserve într'însul, un timp mai mult sau mai puţin* „*lung, dacă nu toată viaţa principiul, germenul, virusul, micro*„*bul,* puţin importă numele boalei părinţilor şi chiar a stră„moşilor."

Cât adevăr eşit numai din observaţiune, care astăzi se dovedeşte punct cu punct, graţie mijloacelor de investigaţiune de cari cei vechi nu dispuneau.

Raportându-ne la observaţiile noastre de astăzi, aş vreà să ştiu care e clinicianul, care în practica lui să nu fi avut exemple de acelea cari se războiesc cu teoria necredităţii tuberculozei, întronată cu atâta autoritate de Willmein şi consacrată de toţi corifeii timpului? Mie mi-a fost dat să asist la evoluţia unei drame sociale, al cărui autor e bacilul lui Koch, şi care merită să fie expusă în câtevà cuvinte în interesul eredităţii tuberculozei şi a dovedirii perioadei latente.

În strada Şerban-Vodă, chiar la începutul ei, locuia o familie... A... Dan... compusă din părinţi sănătoşi, în aparenţă şi 12 copii. La cei de pe urmă doui copii, muma a început a avea fenomene aparente de tuberculoză pulmonară şi în scurt timp a sucombat. (Nu ştiu dacă descindea dintr'o suşe tuberculoasă). În momentul morţei ei, seria cea dintâiu de copii erau sănătoşi în aparenţă, dejà mari şi împrăştiaţi. În scurtă vreme însă au început dintre ei a se îmbolnăvì de tuberculoză unul câte unul pe la căminurile lor, așà că în interval de 20 de ani, au sucombat 10, în etate dela 25—40 de ani. Acum trei ani mai rămăsese doi: unul erà magistrat la Constanța, care de atuncea a sucombat tot de tuberculoză; iar cel-lalt plecat de acasă și instalat la țară din copilărie, erà acuma de 45 de ani dacă nu mai mult, și ocupa funcțiunea de medic de plasă. Erà citat ca singurul care scăpase din această numeroasă familie de dezastrul tuberculozei, când acum doui ani, vine să solicite ospitalitate în serviciul prof. Buicliu, erà atins de gripă, avea hemoptisie și la examenul sputelor s'au găsit puzderii de bacili. Unul câte unul s'au distrus cu toții și până anul trecut din această numeroasă familie rămăsese în picioare ne atins de flagel, martor al tutulor nenorocirilor, numai tatăl în etate de vre-o 95 de ani; dar a sucombat și el de bătrânețe.

E probabil că muma erà în stare de tuberculoză latentă chiar în momentul concepției primilor copii, a transmis copiilor germenul cari l'au ținut *în stare de latență* cu zecimele de ani, până ce o cauză provocătoare i-a deșteptat virulența și a deslănțuit pornirile-i cotropitoare.

E destul cred ca să ne convingem de existența fazei de tuberculoză latentă și să ne îndemnám ca să nu lăsăm să ne scape ne descoperită *tuberculoza care doarme.*

BIBLIOGRAFIE

1. **Levy E. și Bruns I.**—Über die Frühdiagnose der Lungentuberc.—*Deutsch. med. Woch.* 1900 No. 9.

2. **Ducasse M.**—Diagnostic précoce de la tub. par l'inoculation exper. au cobaye. (Thèse Nancy 1900).

3. **Grober J. A.** — Der Tierversuch als Hilfsmittel zur Erkennung der tuberculösen Natur pleuritischer Exudate. *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* 1902 B. 74.

4. **Brieger L. Neufeld.** — T. Zur Diagnose beginender Tuberculose aus dem sputum. *Deutsch med. Woch.* 1900 No. 6.

5. **Dieudonné.** — Zur Frühdiagnose der Tuberculose. *Deutsch milit. Zeitschr.* 1900 S. 526.

6. **Moeller.** — Zur. Frühdiagnose der Tuberculose. *Münich. med. Woch.* 1901 No. 50.

7. **Henkel.** — Klinische Beiträge zur Tuberculose. Ein Beitrag zur Frühdiagnose *Münch. med. Woch.* No. 13 1900.

8. **Koch R.** — Über die Agglutination der Tuberkelbacillen und über die Verwertung dieser Agglutination. *Deutsch. med. Woch.* 1900 No. 48.

9. **Hertz P.** — Agglutination der Tuberkelbacillen. *Naturforscherversammlung in Karlsbad* 1902.

10. **Knopf S. A.** — Früherkennung der Tuberculose. *Zeitschr. f. Tuberc.* Bd. I, 1900.

11. **Ruitinga.** — Zur Serumdiagnose der Tuberculose. *Zeitschr. f. Tuberc.*, Bd. III, 1902.

12. **Gorcia.**—Die Serumdiagnose der Lungentuberc. *Berl. Klin. Woch.*, No. 11 şi 12 din 1902.

13. **Bendix.** — Zur Serodiagnose der Tuberculose. *Deutsch. med. Woch.*, 1900, No. 14.

14. **Buard G.** — De la sero-réaction tuberculose. Thèse, Bordeaux 1900.

15. Idem. — De la sero-réaction comme moyen de diagnostic de la tuberculose. *Gaz. hebd. de Sciences méd.*, Bordeaux 1901.

16. **Beck M. şi Rabinovitz L.** — Über den Wert der Courmontschen Serum-réaction für die Frühdiagnose der Tuberc., *Deutsch. méd. Woch.*, 1900 S. 400.

17. **Widal et Ravaud.** — Applications chimiques de l'étude histol. des épanchements séro-fibrineux de la plèvre *Comptes rend. de la soc. de Biol.*, 1900 p. 648.

18. Idem. — Recherches histol. sur les liquides de pleuresies expériment. Idem., 1900 No. 30.

19. Idem. — Recherches sur l'agglutination du bacille de Koch, et le cytodiagnostique dans 24 cas d'épanchements séro-fibrineux de la plèvre. *Gaz. des hôp.*, No. 94/902.

20. **Wolf A.** — Untersuhungen über. Pleura exudaten. *Berl. Klin. Woch.*, 1901 No. 34 1902 No. 6.

21. **Barjon et Cade.** — Examen cytologique des épanch. pleur. *Lyon méd.* No. 11, 1901.

22. Idem. — Sur l'interprétation de la formule cytologique des épanch. dans les séreuses d'après plus de 100 examens *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Lyon 1902.

23. **Gulland.**—Cytodiagnoses of. pleural effusions. *Scotisch med. and surgic. Journal*, 1902 Juny.

24. **Courmont et Arloing.** — Sur la cytologie des épanch. dans les séreuses d'après plus de 100 examens. *Bull. de la Soc. méd des hôp.*, Lyon 1902.

25. **Czerno-Scwartz B.** und Bronstein 7. — Über die cytodiagnostik. *Berlin.Klin. Woch*,, 1903, No. 34—35.

26. **Ravaud P.** — Le diagnostic de la nature des épanchements séro-fibrineux de la plèvre. Thèse Paris 1901.

27. **Sacquépée E.** — Evolution cytologique d'une pleurésie primitive tuberculeuse ponctionnée des le 2-emme jour. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 1902 No. 55.

28. **Potella V.** — Sulla citodiagnossi degli essudati tubercolari delle seerose. *Policlinico*, 1902.

29. Idem. Über die cytodiagnose der ex. und Transudate. *Deutsch. med. Woch.* 1902 No. 16.

30. **Hirtz şi Brouardel.** — Pneumographie clinique. *Presse médicale*, 1900.

31. **Bayle.** — Phtisie pulmonaire. Paris. 1810.

32. **Ch. Sabourin.**—La fièvre menstruelle. *Revue de méd.*, No. 3/1905.

33. **Faisans.** — Clinique méd. de la Pitié. *Sém. méd.* 1898 pag. 305.

34. **Wateau.** — Tachycardie chez les tuberc. Thèse, Paris 1900.

35. **Edhem.** — La prétuberculose. *Arch. gén. de méd.* No. 15/1905.

36. **Talamon.** — L'albuminurie prodromique chez les tuberc. *Sémaine med.*, 15 Aug. 1903.

37. **Dubois.** — De la pathogenie de l'abuminurie pretuberculeuse. *Soc. de biologie*, 26 Décembre 1896.

38. **Jourdain et Ficher.** — Le diagnostic précoce de la tub. pulmon. Paris, 1901.

39. **Grancher.** — Maladies de l'appareil respiratoire. Paris, 1890.

40. **Schröder & Blumenfeld.** — Therapie der Lungenschwindsucht. Leipzig 1904.

41. **Behring.** — Tuberculose bekämpfung. *Congresul din Cassel*, 1903.

42. **Henri Meunier.** — Bacilloscopie des crachats extraits de l'estomac. *Presse médicale*, 1898 No. 67.

43. **André Jousset.** — L'inoscopie. *Semaine médicale*, janvier 1903.

44. **F. Bezançon et M. Labbé.** — Les leucocytoses dans les maladies infectieuses. *Presse méd.*, No. 90, 1902.

45. **Nattan Larier.** — Procédé nouveau pour la recherche des bacilles tuberc. das les liquides pathologiques. *Presse médicale*, No. 97/1903.

46. **M. I. Hobs.** — Importance de certains signes (rhumatisme monarticulaire) et réactions (épreuve des vésicatoires) dans le diagnostic de la tuberculose latente. *Presse médicale*, No. 16/1903.

47. **Kossel.**—Ueber die Tuberculose in frühen kindersalter. *Zeitschr. f. Hyg.*, inf. 1895.

48. **Caater.** — Hypoacidoza sanguină la tuberculoşi. *Rev. de med.* 1904.

49. **Poncet şi Maillard.** — Academie de med. 1901. Rhumatisme tuberc.

50. **Bezançon.** — *Soc. med. des. hôp. Paris.* Idem.

51. **Ducasse.** — Diagnostic précoce de la tuberculose par l'inoculation expérimentale au cobaye. *Thèse Nancy* 1900.

52. **V. Audibert.** — L'eosinophilie du vesicatoire. *Presse méd.*, 1902, No. 105.

53. **Chantemesse.** Le globule blanc. *Presse méd.*, 1901 Dec. 7.

54. **H. Roger** și **O. Josué.** — L'épreuve du vésicatoire. *Presse méd.*, 1901 Mai 8.

55. **Humbert.** — De l'éxamen cytologique du liquide du vesicatoire et du sang. *Gaz hebd. de méd. et de chir.*, 1902 Avril 24.

56. **Neusser.** — Klinch. Hematol. Mitheilungen. *Wien. Klin, Woch.*, 1892.

57. **Whitfield.** — Britisch Journ. of, Derm., London 1898.

58. **Bettmann.** — Eosinofilele în bulele cutanate. *Münch. med. Woch.*, 1899, vol. XL.

59. Idem. — Valoarea clinică a celulelor eosinofile. *Volkmans Sammlung Klinischer Vorträge*, 1900 No. 266.

60. **Arloing** și **Courmont.** — La séro-réaction moyen de diagnostic précoce de la tub. *Comptes rend. de l'Ac. de sc.* 1898.

61, **P. Courmont.** — Soc. de biol. 28 Apr. 1898. *Presse med.* 11 Iunie 1858. Congrès de la tuberculose, Paris 1898.

62. **Mongour** et **Buard.** -- Société de biologie 29 Iulie 1899.

63. **Rothamel.**—L'agglutination chez les tuberculeux cachectiques, Thèse Bordeaux 1899.

64. **Buard.** — Thèse Bordeaux 1899.

65. **Arloing** et **Courmont.** — Le diagnostic précoce de la tub. pulm. par la séro-réaction. *Presse méd.*, Sept. 1900.

66. **Arloing.** — Séro-diagnostic de la tuberculose sur les animaux d'espèce bovine, *Gaz. des hôp.* 1900.

67. **Arloing S.** et **P. Courmont.** — Sur les recherches el la valeur clinique de l'agglutination du bacille Koch par le Sérum sanguin de l'homme. *Comptes, rend. de l'Acc. de Sc.* 1899.

68. Idem. — Le séro-diagnostic de la tuberculose. *Ser. de hôp.* 1900.

69. **Arloing** et **Dumarest.** — Essai expér. sur un antagonisme signalé par quelque pathologistes entre la fièvre typhoide et la tuberc. *Comptes rend. d. la Soc. de biol.* 1899.

70. **Arloing** et **S. Courmont.** — Ueber den Wert der Serumreaction für die Frühzeitige Diagnose der Tuberculose. *Deutsch. und Woch.* 1900.

71. **Ascoli de Gregorjo.**—Li aglutinatione de bacili tub. *(il Policlinico).* 1902.

72. **Beck Rabinovitsch.**—Ueber der Wert der courmontscher serumreaction für die Früchdiagnose der tuberculose *Deutsch. med. Woch* 1900.

73. **Bendix E.**—Zur sero diagnose der Tuberculose. *Deutch. med. Woch* 1900.

74. **Buard.**—Sur la séro réaction tuberculeuse. *Journ. de phis. et path. génér.* 1900.

75. **Courmont.**—L'aglutination du bacille de Koch par les serosités tuberc. *Comptes rend. de la soc. biol.* 1900.

76. **Idem.**—L'agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux *Arch. de med.* 1900.

77. **Clement H.**—Du séro-diagnostic de la tuberculose,*Lyon* 1900.

78. **Carrière G.**—Le séro diagn. de la tub. *Comptes rend. de la soc. de biol.*1901.

79. **Descos A.**—Le séro-diagn. de la tuber. chez les enfants *Thèse Lyon* 1902.

80. **Edsall.D. L.** — A critical summary of the literature on the serum diagnosis of tuberculosis. *American Journ. of. The med.de* 1900.

81. **Ferran.**—Nouvelle méthode de diagnostic de la tuberculose pulmonaire. *Zeitschr f. tuberc.* 1900.

82. **Froment I.** — Séro-diagnostic de la tuberculose chez les vieillards. *Comptes rendus, de la Soc. biol.* 1903.

83. **Hahwtorn Ed.**—Sur la transmission du pouvoir agglutinant de la mère au foetus dans la tuberculose expérim. *Comptes rend. de la Soc. biol.* 1904.

84. **Mongour et Buard.**—Notes sur le séro diagn. de la tuberc. pulm. *Comptes rend. de l. Soc. de biol.* 1899.

85. **Marcheti** e **Stefanelli.** — Sulle siero reazione tuberculose. *Riv. critica di clinica med.* No. 42—44. 1902.

86. **Rothamel.** — De l'agglutination du bacille de la tuberculose humaine étudiée plus spécialement chez les tuberculeuses. *Thèse Bordeaux* 1900.

87. **Romberg.** — Zur serumdiagnose der Tuberculose. *Deutcher, med. Woch.* 1901. — *Münich, med. Woch.* 1902.

88. **Scrhapf.** — Le diagnostic précoce de la tuberc. par le séro-diagnostic. *Arch. de méd expér.* 1902.

89. **Widal el Ravaut.** — Recherches sur l'agglutination du bacille de Koch. *Gaz. des hôp.* 190 No. 94.

90. **V. Vasilescu.** — Sero-diagnosticul în tuberculosă. *Teza Bucureşti* 1904.

91. **André Jousset.** — L'inoscopie. *Arch. de méd. expér. et anat. pathol.* No. 2—1903.

92· **Robin şi Binet.** — Les échanges respir. chez les tuberc. *Soc. de méd.*

93. **Bade.** — Über den Werh dem Röntgenunsersuchung bei den Lungentuberc. *Forchritte auf den Gebiete der Röntgenstrahlen,* Bd. VII 1901.

94. **Blad und Videbeck.** — Das Auftreten der Diazoreaction bei Lungenphtisie. *Hospitalititende,* Bd VIII S. 1245.

95. **Van Bogaert şi Klyuens.** — Diagn. précoce de la Tub. pulm. *Zeitschr. p. Tub* .,Bd I 1900.

96. **Brion A.**—Über cytodiagnostik. Zusammenfassende Referad. *Centralbl. p. allg. Pathol und potr. Mat.,* Bd XIV 1903,

97. **Burgghart.** — Beiträge zur Diagnose der Lungenspilzencatarrhe. *Dutsch milit. ärz, Zeitschr.,* 1900 H. I.

98. **De Cigna.** — Mischinfectionen in Sputum. *Gazetta degli Ospedale,* 1901 No. 149.

99. **Descos.** — Agglutination des bacilles Tub. et son utilisation en clinique. *Bulletin méd.,* 1901 No. 102.

100. **Dopter** et **Tanton.** Note sur l'examen cytologique des épanch, des diverses sereuses. *Bull. de la Soc. méd. des hip.,* 1901.

101. **Finck.**—Sur le diagnostic de la Tuberc. par les injéction de sérum artificial. *Bulletin médical* 1901.

102. **Fouleston** and **Hillier.** — The condition of urine in tuberculous infection. *Britisch med. Journ.,* 1901 *Britisch. med. Association* 2, VIII 1901.

103. **Iwanow.** — Despre sero diagnosticul în tuberculoză., *Medizinskoje obosrenijc* 1901 No. 12.

104. **Loubry.** — Le cyto-diagnostic. Technique et résultats. *Tribuna med.* 1902.

105. **Pickert.** — Zur tuberkulindiagnose in Heilstätten *Zeitschr. f. tub.,* Bd. IV 1903.

106. **Rumpf E.** — Über diagnostiche Tuberkulineinspritzungen. *Arztliche Mitleilungen aus und für Baden,* 1901 No. 22.

107. **Weigert E.** — Les tuberculines. *Thèse de Lyon,* 1902.

108. **Wolf A.** — Untersuchungen über Pleuraexudate. *Berl. Klin. Woch.* 1901 No. 3 ; 1902. No. 6.

109. **Achard et Loeper.** — Les globules blancs dans la tuberculose. *Comptes de la Soc. de biol.,* 1900 No. 39.

110. **Auglade D.** — Le bacille de Koch dans les selles des tuberculeux. *Comptes rend. de la Soc. de biol.,* 1901 No. 28.

111. **Eppelbaum L.** — Blutuntersuhungen an Phtisiekern. *Berl. Klin. Woch.,* 1902 No. 1,

112. **Arloing S.** — Die serumdiagnostik, bei der Tuberculosa der Kinder *Berl. Klin. Woch.* 1901 No. 36.

113. **Asade S.** — Über die Diazoreaction in Harn des Phthisiker. *Inaug. Dissert. Berlin.* 1901.

114. **Baumholtz J.** — Zur Frage von den veränderung des Blutes bei der Lungentuberculose. *St. Petersburg Dissertation,* 1900.

115. **Baumholtz.** — Résistence des globules rouges du sang dans la tuberculose. *Congrès internat. de médecine Paris,* 1900.

116. **Bladi Axel** und **Videbeck.** — Über die Diazoreaction bei Lungentuberculose. *Zeitschr. f. tuberculose.,* Bd. 2—1991.

117. **Carière G.** Action du suc gastrique sur les bacilles de la tuberculose. *Compte rend. de la Soc. de Biol.,* 1901 No. 39.

118. **Courtois-Suffit** et **Levi-Sirugue.** — Le diagnostic précoce de la tub. pulmonaire. *Gaz. des hôp.* 1901 No. 11.

119. **Feitu R.** — De l'agglutination du bacille de Koch par les épanchement tuberc. *Paris,* 1901.

120. **Ferran J.**— Nouvelle méthode de diagnostic de la tub. pulmon. *Zeitschr. p. Tuberc.* Bd. I. 1900.

121. **Fraenkel B.** — Das Tuberculin und die Frühdiagnose.

122. **Baumgarten.** Über latente tub. *Samml. Klin, Vort.* 1882 No. 218.

723. **Briault.**—Contribution à l'étude de la tuberculose oculte. *Thèse Lyon* 1896.

124. **Charrin** et **Duclert.** Des conditions qui règlent le passage des microbes à travers du placenta. *Soc. de Biol.* 1894.

125. **Cornil** et **Dobrowski.**— Sur la tub. des muqueuses cons. comme portes d'entrée du virus tub. *Congrès de la tub.*, 1888.

126. **Déjerine.** — Recherche des bacilles, dans la tub. calcifiée. *Rev. de méd.* 1884.

127. **A. Delpeuche.**— La période prépuberc. *Presse méd.* 1898 p 89.

128. **Idem.** De l'habitus des tub. et en particulier de la predispos. des roux a la phtisie selon Hippocrat. *Presse. méd. Julet.* 1899.

129. **Green.** —Ueber T. Bac. in alten ausgeheilten Lungenheerde. *These Berlin* 1889.

130. **Haushalter.** — Persistence de la virulence du Bac. dans un tubercule cretacé, *Rev de méd. de l'Est.* 1991.

131. **Hutinel** —Rapport sur l'héréd. de la tub. *Congr. intern. de méd. Paris* 1900.

132. **Idem.**— La Tub. héréd. et la Tub. de premier âge. *Congr. dela Tub.* 1901.

133. **Kockel et Schmorl.**—Die Tub. der Menschplacenta und ihre Beziehung z cong. Inf. mit Tub. *Ziegler Beitz. path. anat.* 1894 p. 313.

134. **Kuss (G.).**—De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine. Thèse, Paris 1898.

135. **Landouzy.**— Hérédité tuberc. *Rev. de méd.* 1891.

136. **Landouzy** et **Martin.** — Faits chimiques et expér. pour servir à l'histoire de l'habitus. de la tuberc.—*Rev. de méd.* 1889.— *Journal de Verneuil* 1887.

137. **Maffuci.**—Ueber die Tub. infect. der Hühnerembr.— *Centralbl. f. Bact.* 1889 No. 7.

138. **Idem.** —Richerche sperim. intorno al passagio del veleno tub. dei genitori alla prole.—*Travail de l'Inst. d'anat. path. de Université de Pise.*— Florence 1900.

139. **Mavagliano.**—Latente und larvirte Tub.—*Berl. Klin. Woch.* 1896.

140. **Meyer.** —Quelle est la part de l'hérédité et de la contagion dans le développement de la Tub.? *Thèse, Lyon* 1890.

141. **Mosny.** — Etude sur les origines de la tub.; tub. et hérédité.—*Rev. de la Tub.* 1898—99.

142. **Chaix Ach.** Les tuberculoses latentes pulmonaires.—*Thèse, Lyon* 1904.

143. **Frantz K.**—Die Bedeutung des Tuberculins für die Frühdiagnose der Tub.— *Wien und. Woch.*, 1902 No. 36—38.

144. **Glückmann T.** — Zur Frage über die diagnostischen und prognostichen Wert der Ehrlichschen diazoreaction.— *Wratser* 1901, No. 38.

145. **Heitz.**— Transmission placentaire du bacille de Koch, du fœtus dans un cas de Tub. pulmon. à marche rapide. — *Rev. de la Tub.* 1902 No. 3.

146. **Henkel.**—Die Punction der Lunge zum Nachweis der Tuberkelbacillen Münich.— *Med. Woch.* 1900.

147. **Hesse.** *W.*— Ein neues Verfahrenzur Züchtung des Tuberkelbacilien ihrmenschlichen Luftrörenschleim. Gesellschaft. f. Natur u. Heilkunde zu Dresden, Oct.1902. — Münch. *Méd. Woch.* 1902.

148. **Huybercehts Th.**—Diagnostic précoce de la Tub. pulm. par les rayons X.—*Presse méd.* Belge 1905, No. 45.

149. **Nistor.** — Nevralgia plexului brachial ca semn precoce în tub. pulmonară.— *Tesă* Bucureşti 1902.

150. **Königstein R.** — Über Anreicherung der Tuberkelbacillen in Sputum. — *Wiener Klin. Woch.* No. 43, 1902.

151. **Memmi G.** — Valore prognostico della eosinofilia negli escreati dei tuberculosi.— *Gaz. de Ospedal.* 1902.

152. **Meyer F.** — Ein Beitrag zur Bedeutung der Eosinophilen Zellen im Auswurf der Tuberculösen. —*Deutsche Ärzte-Ztg* 1901 Heft.

153. **Michelen P. R.**—De l'hyperchlorurie dans la symptomatologie des affect. tuberc.— *Thèse, Bordeaux* 1899.

154. **Nobele J.** et **A. Beyer.**—Recherches sur la valeur de l'agglutination du bacille d'Arloing et Courmont au point de vue du diagnostic précoce de la tub. Gand 1902.

155. **Ott. A.)**—Zur Bedeutung der eosinophilen Zellen in Phtisikersputum.—*Deutsch. Arch. f. Klin Méd.* 1901 Bd. 68.

156. **Pawillard H.**—Recherches sur la leucocytose dans la tub. pulm.—*Thèse,* Paris 1900.

157. **Petruschky J.**—Die experimentale Frühdiagnose der Tuberkulose.—*Gesundheit* 1900, No. 8.

158. **Idem.**—Noch ein Wort zur Früdiagnose des Tub.—*Aerztl. Vereinsblad* 1900, No. 8.

159. **Pujol.**—Des rapports de la chlorose avec la Tuberculose.—*Th. de Montepellier.*

160. **Strauss.**—H. Über die Wege zur Erühdiagnose der Lungentuberkulose.—*Berl. Klin. Woch.* 1900 No. 25.

161. **Mitulescu.**—Diagn. tub. pulm. în perioada iniţială.—*Memoriu pentru Docenţa* 1903.

162. **Tétan S.**—Métode du diagnostic précoce du terrain de prédisposition à la tub pulm. par l'étude de la température moyenne de l'homme.—*Bull. thérap.* 1901 Mai.

163. **Van Voornweld H. J. H.**—Über die Resultate son Sputumuntersuchungen bei Lungentuberkulose.—*Inaug. Dissert. Zürich.* 1900.

164. **Weicker H.**—Zur Frühdiagnose der Lungentuberc.—*Deutsche Aertze-Ztg.* 1900, Heft 15, 16.

165. **L. E. Bertrand.**—Le pityriasis versicolor du thorax, signe indirecte de la tuberculose pulmonaire au début.—*Sem. méd.* 1905 No. 15.

Dr. C. Parhon

PATOGENIA ŞI TRATAMENTUL ACROMEGALIEI

Acromegalia a existat desigur de când există şi specia umană sau poate chiar înainte de apariţiunea acesteia, căci posibilitatea sindromului [1] în cestiune nu e exclusă la animale [2].

Această curioasă turburare a nutriţiunii generale n'a trecut neobservată. Ea a inspirat poveşti şi legende dar studiul său adevărat ştiinţific n'a fost început decât destul de târziu. De aceea se înţelege uşor pentru ce rândurile ce vor urmà nu vor fi decât o încercare de punere la punct a cestiuni patogeniei acromegaliei, de interpretare a mecanismului ce presidă la producerea acestei interesante distrofii şi pentru ce concluziunea acestei lucrări va fi că nu cunoaştem încă în mod indiscutabil patogenia sindromului de care ne ocupăm.

Totuşi, precum se va vedea, începem s'o întrezărim şi avem speranţa că experienţele pe animale ne vor da în curând soluţiunea complectă.

---

[1] Lipsa de cunoştinţe precise relativ la etiologia acromegaliei şi mai cu seamă variabilitatea alteraţiunilor ipofisei, altraţiuni cari precum vom vedeà, constituesc foarte probabil factorul principal în patogenia acromegaliei, mă fac să o consider împreună cu Laundois şi Roy ca un sindrom nu ca o entitate morbidă.

[2] Cunningham ar fi observat'o la un câine.

* * *

In 1886, **Pierre Marie**, pe baza câtorva observaţiuni personale şi a altora publicate mai înainte de alţi autori a creat tipul clinic al acromegaliei, introducând în patologie cazurile ce mai înainte erau privite, cele mai adeseaori ca simple bizarerii ale naturii. Studiile apărute de atunci destul de numeroase — au definit în mod destul de complect simptomatologia sindromului şi cu greu s'ar mai puteà găsì astăzi ceva nou de zis în această privinţă.

Altfel se petrec lucrurile, precum am văzut mai sus, când e vorba de patogenia acromegaliei. Importanţa acestui studiu e după mine, mai mare decât s'ar păreà căci el ne va face să înţelegem nu numai această transformaţiune curioasă a organismului, dar va pune într'o lumină nouă mecanismul normal al creşterei şi în special al desvoltării scheletului, arătându-ne procedeele de cari se servă natura în producerea acestor fenomene de o ordine foarte generală.

Voiu căutà în cele ce urmează să arăt diferitele opiniuni emise pertru a explicà patogenia acromegaliei arătând faptele ce vorbesc pentru sau contra acestor opiniuni şi oprindn-mă la aceea care mi se va părea cea mai satisfăcătoare. In urmă, bazat — în parte cel puţin — tocmai pe această concepţiune patogenetică, voiu arătà care e tratamentul care în starea actuală a ştiinţii mi se pare cel mai potrivit şi cel mai eficace.

Voiu începe cu ipotezele cele mai puţin plausibile, terminând cu teoriile ce mi se par a se apropia din ce în ce mai mult de soluţiunea complectă a problemei.

Magendie, care avusese ocaziunea să observe două cazuri de acromegalie a căutat să stabilească un raport între sistemul nervos şi această creştere enormă amintind că „o activitate extraordinară a nutriţiunei e în general legată de o stare particulară a sistemului nervos.“

Recklinghausen şi **Holschewnikow** au susţinut că acromegalia ar fi datorită unei alteraţiuni a sistemului nervos. În cazul lor erà însă vorba de siringomielie şi **Pierre Marie** le contestă diagnosticul de acromegalie.

Charcot şi Brissand, Pierre Marie, Chantemesse Schlesinger, Chauffard şi Griffon au observat în siringomielie ipertrofii segmentare care amintesc pe acelea din acromegalie cu cari însă nu trebuesc confundate. Alţi autori, ca Dreschfeld, Arnold, Dallemagne, Witting cred de asemenea că acromegalia ar fi consecinţa unei turburări a funcţiunilor sistemului nervos.

De fapt alteraţiuni ale acestui sistem au fost găsite în mai multe cazuri de acromegalie dar aceste alteraţiuni sunt inconstante şi variate, aşà că nu se poate stabili un raport cauzal între ele şi acromegalie. Vom admite deci împreună cu Massalongo şi Tamburini că dacă nu se poate exclude o parte a sistemului nervos în producerea acromegaliei această parte nu poate fi decât indirectă, secundară şi că *primus movens* trebue căutat în altă parte.

Klebs a emis o ipoteză extraordinară care de altfel nu se sprijină pe nici un fapt. Pentru acest autor acromegalia ar fi datorită unei funcţionări exagerate a timusului care ar aruncà în torentul circulator germeni vasculari cari fixându-se în extremităţi ar produce o vascularitate şi o ipernutriţie a acestora. Dar ştim că timusul orcât de frequent ar persistà sau ar reînvià în acromegalie, lipseşte totuşi adeseori. Deci nu se poate pune totdeauna acromegalia pe contul timusului. În plus funcţiunea ce Klebs o atribue acestei glande e pur ipotetică şi nici un fapt nu vine să o confirme.

Ipoteza lui Klebs e deci inadmisibilă. Cu toate acestea precum vom vedea în cazurile în care întâlnim reviviscenţa sau persistenţa timusului nu se poate exclude intervenţiunea acestuia în exagerarea fenomenelor de creştere şi de osteogeneză. Vom revenì mai jos asupra acestui punct.

Freud vede în acromegalie un viciu de dezvoltare ce debută la epoca celei de a'doua dentiţiuni, devenind aparentă către pubertate. Activitatea funcţiunilor sexuale ar începe de timpuriu în asemenea cazuri şi ar avea o scurtă durată iar în urmă s'ar produce o derivaţiune a acestei activităţi într'o altă direcţie iar consecinţa acestei derivaţiuni ar fi o revenire la tipul atavic de antroproid cu care autorul aseamănă pe acromegali.

Nu e nevoe desigur să arătăm cât de mare e partea ce revine imaginaţiunii autorului în această ipoteză, ceea ce totuşi ţinem să punem în evidenţă e rolul într'adevăr remarcabil pe care glandele sexuale îl au în fenomenele creşterii şi osteogenezei, rol de natură inhibitivă precum vom aveà ocaziunea să o vedem mai jos şi faptul că într'adevăr acromegalia mai ales la femee coincidă adeseori cu unul din marele acte ale vieţii sexuale ca pubertatea şi mai ales sarcina şi menopauza. Verstraeten, Campbell vor să stabilească de asemenea o legătură între alteraţiunea funcţiunilor sexuale şi acromegalie. Pirche de asemenea pare a fi părtaşul aceleiaşi opiniuni.

Pierre Marie şi Marinescu au căutat să stabilească o legătură între acromegalie şi ipofisă. Pentru primul acromegalia constă „într'un fel de distrofie sistematizată al cărui loc în nozologie ar fi destul de simetric cu acela al mixedemului şi care ar afectà cu un organ încă necunoscut al funcţiunei trofice (corpul pituitar?) relaţiuni analoage cu acelea cari leagă mixedemul şi cahexia strumiprivă de unele leziuni sau de ablaţiunea corpului tiroid.“

De fapt alteraţiunile ipofisei în acromegalie se găsesc cu atâta regularitate—ca şi în gigantism de altfel—încât cu greu ar puteà cineva să le refuze un rol în patogenia acestei distrofii. Sternberg 1) într'o monografie plină de interes a descris *forma acută* a acromegaliei legală de un sarcom al ipofisei ceea ce confirmă legătura dintre această glandă şi ceea ce s'a numit maladia lui Pierre Marie.

Cazurile de acromegalie fără leziune a ipofisei sunt extrem de rare şi chiar cele semnalate pot fi puse la îndoială precum de altfel Gilbert Ballet 2) şi Laignel Lavastine au şi făcut-o într'o lucrare recentă.

Gustavo Modena 3) într'o excelentă revistă critică, pe un număr de 60 cazuri de acromegalie în care s'a putut face examenul ipofisei n'a notat decât *două* fără leziuni a ipofisei şi în nici unul din acestea nu se face menţiune de examenul micros-

---

(1) M. Sternberg. — *Die Akromegalie,* în tratatul german de medicină a lui Nothangel, 1897.

(2) Gilbert Ballet şi Laignel Lavastine. — Un cas d'acromegalie avec lésions hyperplasiques du corps pituitaire, du corps thyroïde et des capsules surrénales. *Nouvelle iconographie de la Salpêtriere,* No. 2, 1905.

(3) Gustavo Modena. *L'acromegalie.* (*Rivista Sperimentale di Frenitria,* tom. III—IV. 1903.

copic. (Cazul lui Filipello şi unul din cazurile lui Labadie Lagrave şi Degny. Vom reveni într'un moment asupra acestei chestiuni. Inainte însă trebue să spunem câteva cuvinte relative la un alt mod de a interpretà raporturile dintre acromegalie şi alteraţiunile ipofisei. Pentru Bury şi Hutchinson[1]) ca şi pentru Stumpell ipertrofia ipofisei e secundară în acromegalie fiind un fenomen de aceiaşi natură ca şi ipertrofia osoasă sau a altor ţesuturi, dar aceste obiecţiuni nu sunt destul de rezistente. Mai întâiu precum observă Modena, alteraţiunea ipofisei nu e întotdeauna o simplă ipertrofie adese ori avem a face cu alte leziuni, şi pe de altă parte sunt cazuri ca unul observat de acest autor şi un altul al lui Aporte în cari fenomenele de tumoră ipofiosară *au precedat* apariţiunea acromegaliei. Aceste două argumente se pot opune şi lui Guerini[2]) care admite de asemenea că ipertrofia ipofisei în acromegalie e un fenomen secundar consecutiv unei intoxicaţiuni endogene. Acest autor provocând în mod experimental, la animale intoxicaţiuni endogene şi exogene a observat ipertofia glandei pituitare. Am văzut însă că în acromegalie există alteraţiuni variate kiste, sarcome, etc. Mai adăugăm în fine în contra părerei autorilor cari văd în ipertrofia ipofisei în acromegalie o simplă participare a glandei în chestiune la procesul ipertrofic general că alte glande ca testiculul şi ororile departe de a se ipertrofià se atrofiază ceea ce trebue să ne facă să admitem că participarea glandelor cu secreţiune internă în acromegalie nu trebue privită numai ca un fapt de aceiaşi natură cu ipertrofia ţesutului osos sau conjunctiv.

Să revenim acum la expunerea părerilor autorilor ce admit o legătură de cauzalitate între acromegalie şi alteraţiunile ipofisei.

Am văzut că Pierre Marie compară raportul dintre acromegalie şi glanda pituitară cu acela ce există între mixedem şi corpul tiroid.

Aceasta revine a zice că acromegalia reprezintă sindromul de deficit al glandei pituitare.

---

(1) Citaţi după Modena.

(2) Guerini. — *Revista di patologia nervosa e mentale.* Nov. 1904, No. 5, 1905, „Sur une hypertrophie secondaire expérimentale de l'hypophys. *Arch. ital. de Biol.*, Vol. 43, 1905, p. 10.

Anatomia patologică nu confirmă însă acest mod de a vedeà. Dejà Pierre Marie şi Marinescu notaseră pe lângă proliferarea ţesutului conjunctiv al ipofisei şi o proliferare celulară.

Benda studiind de curând ipofisa în patru cazuri de acromegalie, ajunge la concluziunea că tumora e formată din celule ce nu diferă prin structura lor de cele nomale şi că *în aceste condiţiuni ar existà o iperfuncţiune glandulară ce are drept consecinţă acremegalia.* Obiecţiunea ce s'ar puteà face acestei teorii, că adese ori avem aface cu tumori, kiste, etc. ce nu mai lasă decât urme din structura glandulară normală nu mi se pare prea valabilă, căci în asemenea cazuri e de regulă vorba de leziuni vechi cari la început au determinat foarte probabil un proces iritativ de unde ipersecreţiunea glandulară căreia a corespuns acromegalia. Acelaş lucru se poate zice de acromegalia acută a lui Sternberg ce se dezvoltă în 2—3 ani şi care e datorită, precum am zis, unui sarcom ai ipofisei, ipertrofia quasi, constantă a ipofisei şi studiul istologic al acestei glande în acromegalie au dat naştere prin urmare teoriei care face din acromegalie sindromul produs de iperfuncţiunea glandei pituitare. Massalongo, Tamburini, Joffroy, Benda, Schupfer Agostini, Gubler, Launois şi Roy împărtăşesc această teorie la care m'am alipit eu însumi cu oare cari rezerve şi pentru consideraţiuni ce le am expus atunci, într'o lucrare anterioară [1]). Ballet şi Laignel Lavastine în lucrarea deja citată înclină şi ei mai mult pentru această teorie.

Din consideraţiunile expuse putem conchide că *privind chestiunea numai din punctul de vedere anatomopatologic teoria patogenetică cea mai probabilă e aceea ce face din acromegalie sindromul iperfuncţiunei glandei pituitare.*

Tot în sprijinul acestei opiniuni vine un caz de tumoră intracraniană observată la un tânăr de Prof. Raymond [2]). Bolnavul prezentă între altele semne de infantilism. La necropsie s'a văzut că tumora distrusese complect ipofisa.

Dar cum anatomia patologică, nu ne dă decât probabilităţi, cercetătorii au căutat să vadă dacă experienţele pe animale

---

(¹) C. Parhon. — Contribuţiuni la studiul schimburilor nutritive în acromegalie. Bucureşti 1903, Editura „Minerva".

(²) Raymond.—Leçons clinique, Tome V.

nu pot rezolvi problema patogeniei acromegaliei. Un oare care număr de autori printre cari Horseley, Dastre, Glye, Marinescu, Vassale şi Sacchi, Pineles, Friedman şi Mass, Cyon, Caselli, Lo Monaco şi Van Rynberk, Pirrone, Paulescu (comunicaţiune orală), au tentat cu mai mult sau mai puţin succes extirpaţiunea ipofisei. Cei mai mulţi dintre aceşti autori au văzut apărând în urma operaţiunei fenomene de depresiune psichică, slăbire repede, cahexie în urma cărora animalul sucombă. Nici odată însă în urma acestei operaţiuni nu s'au observat turburări cari ar amintì măcar de departe acromegalia. Se poate de sigur obiectà că timpul prea scurt cât au trăit sau au fost lăsate să trăiască animalele n'a fost suficient pentru producerea acromegaliei. La aceasta s'ar puteà răspunde că fenomenele prezintate de animale erau tocmai cele opuse acelora cari cu timpul ar fi putut da naştere acromegaliei. Cu toate acestea cercetările lui Friedman şi Mass şi mai ales acelea ale lui Lo Monaco şi Van Rynberk (1) tind să demonstre că fenomenele atribuite ablaţiunei ipofisei sunt datorite în realitate cauzelor accesorii, traumatismului, infecţiunei, leziunilor cerebrale etc., şi că distrugerea complectă a organului nu e incompatibilă cu viaţa. Ultimii doui autori au răuşit să menţină în viaţă 3 caini şi o pisică ce au trăit respectiv 50, 86, 55, 46 zile. Primul din aceste animale a sucombat în urma unei enterite, celelalte au fost sacrificate. E de regretat că aceste ultime animale n'au fost lăsate să supravieţuiască un timp mai îndelungat, pentru a se vedea urmările mai îndepărtate ale extirpaţiunii glandei. Partizanii teoriei deficitului funcţional ar puteà zice că atunci s'ar fi putut poate produce în mod experimental acromegalia. La această obiecţiune putem totuşi opune o experienţă a lui Caselli, care a observat la un animal tânăr, căruia îi extirpase ipofiza fenomene depresive *însoţite de o inceinire a creşterii amintind infantilismul.*

Acesta e singurul animal pe cale de dezvoltare ce a supravieţuit din 37, asupra cărora a experimentat acest autor.

Putem a conchide din cele ce preced că experienţele făcute până acum, nu pledează pentru teoria ce face din acromegalie sindromul de deficit al glandei pituitare. Mai mult ar vorbì poate pentru teoria contrarie. Trebue totuşi să recunoaştem că încercările de a produce acromegalia în mod experimental, tratând animalele cu preparate de corp pituitor făcute de Tamburini, Caselli, Ballet şi Laignel Lavastine, n'au dat până acum rezultate satisfăcătoare. Experienţele anunţate însă de aceşti doi ultimi autori, par a fi prea recente şi neterminate încă, aşà că nu ne putem pronunţà asupra lor.

---

(1) Lo Monaco et Van Rynberk.—Ricerco sulla funzione della ipofisi extract. *Rivista di neuropatologia e freniatria.* 1904.

Ori cum ar fi, metoda experimentală nu ne-a dat până astăzi explicaţiunea patogeniei acromegaliei. In asemenea condiţiuni trebue să recurgem încă la alte fapte şi metode, pentru a căpătà lumini noi.

M'am gândit că am puteà scoate oarecari concluziuni, comparând starea schimburilor nutritive la bolnavii atinşi de acromegalie, cu aceea observată sub influenţa administrării preparatelor de ipofiză la om sau la animale sau sub influenţa ablaţiunii acestei glande. Similitudinea modificărilor metabolismului în acromegalie cu acelea observate în prima sau în ultima circumstanţă, ne-ar puteà face să admitem teoria excesului sau din contră pe aceea a deficitului funcţional.

Deşi acromegalia e în mod evident o distrofie, trebue să constatăm cu oarecare surpriză, că autorii s'au gândit foarte puţin până acum să analizeze fenomenele nutriţiunii în aceste cazuri. Precum se va vedeà, cercetările făcule până acum sunt destul de puţine. In 1899 Tauszk şi Vas, examinează din acest punct de vedere un caz tipic de acromegalie, analizând ingestele şi excretele şi stabilind bilanţul nutriţiunii. Timp de 8 zile cât au continuat aceste cercetări, au constatat că: greutatea corpului a crescut. Azotul şi fosforul s'au economisit în mică cantitate, insuficientă pentru a explicà creşterea în greutate a bolnavului. Sărurile de calce s'au eliminat în cantitate mai mare decât cea ingerată şi autorii conchid la o uşoară distrucţiune a ţesutului osos. Ei sunt de părere că în *stadiul înaintat* al acromegaliei, creşterea în greutate nu trebue atribuită ipertrofiei osoase, ci în mică parte ţesuturilor bogate în azot, iar în cea mai mare parte ţesutului adipos.

In 1901, Moraczewski din Karlsbad, într'o lucrare foarte interesantă, analizează într'un alt caz ingestele, excretele şi stabileşte bilanţul nutriţiunii. Am expus mai pe larg cercetările acestui autor în lucrarea mea citată mai sus. Voiu da aci concluziunile esenţiale. Există în acromegalie o tendinţă la retenţiune a azotului, clorului, fosforului şi a sărurilor de calce. Retenţiunea acestor din urmă şi a fosforului e cea mai marcată, fiind respectiv de 47% şi 45%, pe când acea a azotului nu e decât de 10%. Proporţiunea fosforului şi a calcei reţinută, arată că nu e vorba de fosfatul neutru ci de fosfatele solubile. Bolnavul prezentà şi o glicozurie însemnată. Or autorul a arătat înainte că această stare se însoţeşte de o exagerare a eliminării sărurilor de calce. Aşà că Moraczewsky e de părere că fără această glicozurie retenţia sărurilor de calce ar fi fost încă şi mai marcată.

Acestea sunt singurele cazuri în cari s'a stabilit în mod precis bilanţul nutriţiunei. Intr'un oarecare număr de cazuri, s'a notat rezultatul examenului cantitativ al urinei. Evident, valoarea acestora e numai relativă. Totuşi şi ele ne pot da oarecari indicaţiuni relative la starea nutriţiunii în acromegalie şi aşteptând ca studiul bilanţului nutritiv să se simplifice şi să poată întră în clinica de toate zilele, ceeace după mine ar fi foarte necesar trebue să regretăm că măcar simplele analize cantitative ale urinei au fost făcute aşà de rar în acromegalie.

Dăm acì (pag. urm.), într'un tablou, analizele ce le-am găsit în diferiţi autori, alături cu media eliminaţiunilor normale.

Din cele 9 cazuri precedente, trebue să excludem mai întâiu pe acela al lui Balzer, în care existà poliurie şi polidipsie împreună cu o adevărată azoturie şi fosfaturie şi cazul al doilea al lui Modena, în care existà de asemenea un diaret azoturic, glicozuric (4 grame la litru, 15 gr. 20 în 24 ore). Aceste simptome ori cât de frecuente ar fi ele, în acromegalie cred că se pot considerà mai de grabă ca o complicaţie a acesteia, căci ar fi greu de conceput cum astfel de modificări ale nutriţiunii, ar puteà da naştere la dezvoltarea foarte însemnată a organizmului, pe care o întâlnim în acromegalie. In tot cazul, aceste simptome nu sunt constante în acromegalie. In primul caz al lui Modena, acromegalia erà complicată de mixedem. E deci bine să nu ne ocupăm aci nici de acesta. Rămân încă 6 cazuri în cari urea e în mod constant sub media normală de care singur cazul al şasilea se apropie mai mult. Acidul fosforic e diminuat în mod evident în 4 cazuri. In celelalte două e foarte puţin diminuat într'unul şi puţin mărit într'altul, fiind însă în ambele foarte aproape de media normală. Clorurele au fost mai variabile, o singură dată au fost diminuate în mod evident, altă dată au fost puţin sub medie, iar de două ori deasupra normalei nedepărtându-se însă mult în nici unul din aceste cazuri.

Acidul uric căutat în 3 cazuri, a fost în două cevà mai puţin ca media normală şi cel'alt n'a diferit de medie decât printr'un centigram şi ceva. *Calcele căutat într'un singur caz erà diminuat in mod considerabil.*

CORPURILE	Media normală 'n 24 ore	A U T O R I								
		Balzer [1]	Joffroy[2]	Labadie Lagrave şi Degny [3]	Parhon şi Goldştein [4]	Parhon [5]			Modena [6]	
Urea.	33.5	55 gr.	11.68	24.76	25.35	24.072	16.42	31.90	—	43.38
Acid fosforic.	la bărbat 2.75	6.70	0.88	2.81	1.19	1.46	2.02	2.64	diminuat.	mărit.
	la femee 2.25	—	—	—	—	—	—	—		
Clorură de sodiu	13.30	—	—	—	13.77	9.869	14.12	12.355		
Acidul uric. .	0.52	—	0.36	—	—	0.532	0.44	—		
Acid sulfuric.	—	—	—	2.00	—	—	—	—		
Calce	—	—	—	0.105	—	—	—	—		
Azotul total.	—	—	—	14.44	—	—	9.70	12.81		
Azotul ureei.	—	—	—	10.52	—	—	—	—		
Azotul extractiv	—	—	—	3.92	—	—	—	—		

---

[1] Balzer. *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, 8 Avril,* 1892.

[2] Joffroy. *Progrès médical.* 1898.

[3] Labadie Laggrave et Degny. *Archives générals des médecine.* 1899. Tom. I.

[4] Parhon şi Goldştein. *Spitalul,* No. 6, 1903.

[5] Loco citato.

[6] Modena. Un caso di acromegalie e mixedema. *Anuar. del manicomio. provinciale di Ancona.* 1903.—Un caso di acromegalia. *Rivista Sperimentale di Freniatria.* Vol. XXIX. fasc. III. 1903.

Din diferitele cercetări citate aci, putem conchide cu mici rezerve, că urea e de cele mai multe ori scăzută în acromaglie.

Tot aşà stau lucrurile cu acidul fosforic şi cu calcele. Suntem însă mai puţin fixaţi asupra celorlalte. Clorurul de sodiu nu pare a se depărtà mult de starea normală.

Să vedem acum care e influenţa exercitată de ipofiză asupra metabolismului şi întru cât exagerarea sau diminuarea funcţiunii acestui organ, pot să ne deà o modificare a nutriţiunii generale, corespunzătoare aceleia ce prezidă la producerea acromegaliei. Şi acì cercetările sunt foarte puţin numeroase.

Schiff, în 1897, arută că preparatele de ipofiză măresc cantitatea de acid fosforic eliminat.

In 1901, Moraczewski, administrând în cazul său de acromegalie câte 9 tablete de ipofiză pe zi timp de 3 zile, a observat că cantitatea de 1,128 de fosfor ce se reţineà zilnic, a crescut la 1,337, iar aceea de calce dela 0,752 la 1,111. Din contră, azotul, care se reţineà înainte în cantitate de 0,863, încearcă o eliminare mai mare, pierzânud-se pe seama organizmului 3,253. Tot aşà clorurul ce se reţineà în cantitate de 3.070, încearcă o exagerare a eliminaţiunii şi organizmul pierde zilnic câte 3,121 (în medie).

Reiese din aceste cercetări, că sub influenţa preparatelor de corp pituitar, cantitatea de fosfor şi de calce reţinută de organism creşte, pe când aceea de azot şi de clor se micşorează.

Oswald la câine n'a putut să constate o influenţă netă a preparatelor de ipofiză asupra schimburilor nutritive. Acest autor s'a mărginit însă numai la studiul analizelor urinei, neglijând pe acela al materiilor fecale.

De curând Malcalm (¹) a făcut noui cercetări în această privinţă. Acest autor a studiat schimburile nutrìtive la o căţeà tratată cu corp pituitor proaspăt sau uscat; cu glanda totală sau numai cu porţiunea nervoasă ori numai cu cea glandulară. Cu pulberea uscată glandulară sau ganglionară, azotul eliminat încearcă mai degrabă o descreştere. Contrariul se întâmplă dacă se administrează glanda proaspătă totală. Intru cât priveşte fosforul acesta *se reţine* în organizm sub influenţa porţiunii glandulare, din contra, sub influenţa extractului nervos fosforul se

---

(¹) Malcolm. *Journal of Physiology,* t. XXX, 1904. Analizat de Langlois în *Presse Médicale,* 30 Avril 1904.

elimină în cantitate mai mare la început, dar această exagerare e urmată de o fază de retenţie.

Ambele porţiuni ale ipofizei ar aveà o acţiune exageratoare asupra eliminării calcelui. Asupra magnezului extractul glandular ar aveà aceeaşi acţiune. Din contră, sub influenţa extractului nervos eliminaţiunea e nulă sau slabă.

Comparând cercetările făcute de aceşti diferiţi autori, trebue să constatăm din primul moment desacordul ce există între ele. Schiff susţine că ipofiza măreşte eliminarea fosforului lăsând aproape normală pe aceea a azotului. Din contra, Moraczewski şi Malcolm constată mai de grabă eliminarea exagerată a azotului şi retenţiunea fosforului (cel puţin sub influenţa porţiunii glandulare. Pe de altă parte Moraczeswki constată retenţiunea calcelui, pe când Malcolm eliminarea lui exagerată. La ce pot să ţină aceste deosebiri? E puţin probabil, cred, că ar puteà să fie cauzate de starea normală sau patologică a subiectelor asupra cărora s'a experimentat. (¹) Cel puţin această stare nu pare să fi influenţat rezultatele când ea a fost variabilă ca în experienţele lui Schiff. Trebue să ne întrebăm dacă doza de substanţă activă întrebuinţată n'a putut să intervină în divergenţa rezultatelor, căci e ştiut că adeseori efectele unui medicament sunt diametralmente opuse după doza întrebuinţată.

E destul de greu ca din faptele precedente să scoatem o concluziune preciză. Aceasta tocmai din cauza desacordului ce există între ele. Cercetările acestea ar trebuì reluate pe o scară mai întinsă. In tot cazul, acelea ale lui Moraczewski şi Malcolm, arătând retenţiunea fosforului sub influenţa glandei pituitare, exclud teoria ce face din acromegalie expresiunea deficitului acestui organ. Resultatele lui Moraczewski în ceea-ce priveşte retenţia calcelui şi a fosforului, ar vorbì mai mult pentru teoria ipertuncţiunii. Din nenorocire ele nu concordă cu ale lui Malcolm asupra primului element. Nici una din aceste cercetări nu ne explică retenţia azotului din acromegalie. E posibil ca aceasta să fie datorită faptului că glanda în stare vieţuitoare să influenţeze organismul din anumite puncte de ve-

---

(¹) Schiff a experimentat asupra unui om normal, asupra unui parkinsnian şi asupra unui acromegalic. Moraczewski tot într'un caz de acromegalie iar Malcolm pe o căţeà normală.

dere, în mod diferit de acela al glandei scoase din organism şi administrată proaspătă sau uscată. E de asemenea posibil ca retenţiunea azotului să fie dorită participării altor glande cu secreţiune internă. Aceste chestiuni ar merità să fie precizate pentru ca să înţelegem mai bine patogenia acromegaliei.

Mai interesant încă ar fi să cunoaştem ce influenţă exercită asupra fenomenelor metabolice extirparea ipofisei? Studiul acestei cestiuni e însă la începutul ei. Pirrone (1) a notat la 3 din animalele sale mărirea ureei şi a substanţelor extractive. Narboutte (2) notează de asemenea că fosforul şi azotul eliminat creşte prin extirparea ipofizei.

Aceste cercetări, deşi pentru un moment puţin numeroase sunt foarte importante mai cu seamă că ele se confirmă reciproc. *Ele confirmă opiniunea după care acromegalia e datorită iperfuncţiunii glandei pituitare.* Din nenorocire, aceşti autori nu spun nimic despre calce.

Alte fapte pot încă să contribuească la luminarea patenioge acromegaliei. Există relaţiuni foarte strânse între glandele cu secreţiune internă, cari fac ca alteraţiunea uneia din ele să aibă răsunet asupra celorlalte. Aşà corpul tiroid e alterat foarte des în acromegalie şi Furnival făcând o statistică de 24 cazuri de acromegalie, în cari această glandă a fost examinată, n'a găsit'o notată ca normală decât de 5 ori. Alteraţiunile: ipertrofie, degenerescenţe, atrofie cu scleroză, corespund probabil la diferite faze din evoluţiunea acromegaliei şi a leziunilor din ipofiză. Nu e nevoe de sigur să insistăm asupra rolului capital pe care glanda tiroidă îl are în fenomenele creşterii şi osteogenezei. Participarea lui poate, de sigur, contribui la exagerarea acestor fenomene şi deci la producerea gigantismului şi acromegaliei, cari foarte adese ori sunt expresiunea unui proces unic apărat la epoci diferite ale vieţii. Relativ la influenţa acestui organ asupra schimburilor nutritive, vom aminti că el determină o creştere a eliminării ureei şi acidului fosforic, pe când din contră reese din cercetările lui Moraczewski, Haushalter şi Guerin, şi din acelea făcute de mine însumi împreună cu Papinian, că această glandă determină o *retenţiune a calcelului în organizm.*

---

(1) Experienţele lui Pirrone au fost publicate în *Riforma medica* No. 7 şi 8, 1903. Neputând a le cunoaşte decât din analize şi negăsind originalul, m'am adresat colegului G. Modena (din Ancona), care a binevoit a-mi comunicà punctele ce-mi erau necesare. Mă simt dator a-i arătà mulţumirile mele. Tot astfel profesorului Bignam şi colegilor Van Rynberk şi Fichera din Roma, graţie bună-voinţei cărora am putut să-mi complectez bibliografia italiană.

(2) Narboutte. Analizat în *Revue Néurologique,* 1903, p. 234.

Acest din urmă fapt e foarte important de notat, căci tocmai el ne poate explicà intervenţiunea aşà de însemnată a corpului tiroid în fenomenele creşterei şi istogenezei. De asemenea unele alteraţiuni ale sale ar puteà să ne explice unele modificări ce putem întâlni uneori în fenomenele metabolice din acromegalie. Tot astfel se petrec lucrurile cu timusul. In urma extipărei lui Friedleben, a observat o diminuare a acidului carbonic expirat, Carbone, o azoturie trecătoare la iepuri şi mai persistentă la câini, căci dura încă după 20 de zile dela operaţie şi pe care autorul o pune pe comptul unei iritaţiuni a pneumogastricului, căci Artaud şi Butte ar fi observat azoturia în urma excitaţiei acestui nerv. Von Basch în urma aceleiaşi operaţiuni a observat o *pierdere însemnată a sărurilor de calce, care n'are loc când se face o grefă peritoneală de această glandă.*

Acelaşi autor a văzut că fracturile animalelor timectomizate se vindecă mai greu de cât ale animalelor martore şi că la nivelul fracturei, oasele capătă caracterele pe cari le prezintă în rachitism. Mai amintim că Tarulli şi Lo Monaco, H. Roger şi Ghica (¹) au observat opriri de creştere şi anomalii în desvoltarea scheletului la unele animale cu timusul extirpat şi că Bauman a găsit în această glandă o oarecare cantitate de iodotirină, substanţă ce precum se ştie, are un rol capital în fenomenele creşterii şi osteogenezei. Aceste diferite fapte ne fac să admitem împreună cu Massalongo, ca foarte probabil că timusul, *atunci când persistă*, intervine şi el în producerea modificărilor nutritive, a căror consecinţă e acromegalia şi că opiniunea lui Joffroy, care admite că această glandă are un rol *sinergic* cu acela al ipofizei, nu e departe de adevăr.

Precum se poate vedeà mai sus, extirparea timusului determină modificări ale metabolismului, opuse acelora ce se observă în acromegalie. E natural să ne gândim că persistenţa lui va

---

(¹) Ch. Ghica. Etude sur la Thymus. Paris. 1901.

determinà din contră modificări asemănătoare cu acelea observate în acest sindrom.

Nu pare îndoelnic că suprimarea secreţiunei interne a ovarului şi a testiculului intervine foarte des, dacă nu totdeauna în producerea gigantismului şi à acromegaliei.

Putem afirmà că, întru cât priveşte creşterea şi osteogeneza, rolul acestor glande e din cele mai bine stabilit, tot aşà de bine poate ca acela indiscutabil astăzi al corpului tiroid. Dar *această acţiune e inhibitivă, antagonistă, faţă de aceea acceleratrice a corpului tiroid.* Studiile făcute la om de Goddard, Merschejwski, Lortet, Ecker, Pittard (¹) la animale de Poncet, Briau, Pirche (²) au dovedit în mod sigur că extirparea testiculului şi ovarului în copilărie sau inainte de osificarea cartilagelor de conjugaţiune, determină o accelerare însemnată a creşterii, un adevărat gigantism. Acest Sindrom a fost de altfel observat de Sacchi la un copil de 9 ani, în urma unei tumori a testiculului. Acţiunea bine cunoscută a castraţiei în osteomalacie se datoreşte tocmai suprimării unui factor important de împiedecare a osteogenezii. Tot astfel se explică îngroşarea calotei craniene pe care am observat'o împreună cu Goldstein şi Papinian în mai multe cazuri de leziuni distructive sau atrofice ale ovarelor. Intru cât priveşte acţiunea castraţiei asupra schimburilor nutritive, rezultă din cercetările lui Caratullo şi Tarulli, Chabie, Gomès, că acidul fosforic diminuă în mod însemnat, pe când injecţiunea cu suc testicular sau ovarian sau administrarea de preparate din aceste glande, readuc sau fac să treacă peste normală eliminarea acestui acid. De asemenea rezultă din cercetările ce le-am făcut de curând cu Papinian şi dintr'un caz al lui Senator, că administrarea preparatelor de ovar măresc în mod însemnat eliminarea calcelui. Relativ la curba azotului, după Chabrié, n'ar fi modificată în mod însemnat. Tot aşà şi Gomès crede că urea nu e influenţată de castraţie.

Din contră, Senator şi eu, împreună cu Papinian, am constatat mărirea evidentă a ureei sub influenţa opoterapiei ovariene şi la o femee castrată a cărei analiză de urină am pu-

---

(¹) Pittard. La castration chef l'homme et les modifications qu'elle apporte. *Academie des Sciences..* 8 Juin 1903.

(²) Pirche L'influence de la castration sur le developpement das squelet. Teza Lyon. 1902.

blicat'o împreună cu Goldstein (¹) am constatat din contră o scădere însemnată a ureei.

De asemenea cantitatea acidului carbonic eliminat sau al oxigenului absorbit diminuă considerabil după Chabrie mai întâiu, apoi rămâne staționar. Din acest din urmă punct de vedere, cel puțin când e vorba de specia umană, ar fi poate încă rezerve de făcut, căci precum se știe Andral și Gavaret, Sonden și Tigerstedt au constatat că eliminarea acidului carbonic e mai mică la femee decât la bărbat. Că această deosebire e în legătură cu menstruația și că dispare în timpul sarcinei și cu stabilirea menopauzei. E greu de văzut acì altcevà decât o influență a ovarelor.

Oricum ar fi, modificările pe care castrarea le aduce în schimburile nutritive, se apropie foarte bine de acelea observate în acromegalie, mai ales în ce privește retenția fosforului și a calcelui. Aceste modificări au partea lor, credem, atât în explicarea fenomenelor metabolice din sindromul cu care ne ocupăm, cât și în exagerarea însemnată a proceselor de osteogeneză care îl caracterizează. Aceasta cu atât mai mult, cu cât există precum se știe foarte des în acromegalie o atrofie sau cel puțin o lipsă de funcțiune a ovarelor și testiculului și o abolițiune a secrețiunii lor interne ce se traduce prin simptomele corespunzătoare

Alte glande cu secrețiune internă intervin poate în patogenia acromegaliei, dar asupra acestui punct suntem mai puțin fixat până acum.

Putem conchide deci, cu mici rezerve, că acromegalia e un sindrom ce rezultă dintr'o modificare a ipofizei, care aduce iperfuncțiunea acestui organ, la care se adaugă foarte adese ori, — totdeauna poate — o iperfuncțiune paralelă a corpului tiroid, adese ori persistența funcțiunilor timusului și abolițiunea secrețiunii internă a testiculelor sau ovarelor.

Teoria aceasta *poliglandulară* susținută în parte de Massalongo, Joffray și Mendel, e deci aceea care în starea actuală a științei, mi se pare cu mai în conformitate cu faptele.

Cam acelaș lucru s'ar puteà de altfel zice și despre gigantism,

---

(¹) Parhon et Goldstein. Sur l'existence d'un antagonisme entre les fonctions de l'ovaire et celles du corps thyroïde. „Archives générales de Médecine“ Janvier. 1905.

care, conform părerilor lui **Brissaud** şi **Henry Meige** (¹) **Launois** şi **Roy**, (²) nu reprezintă de regulă decât unul şi acelaş proces apărut înainte sau după terminarea osificaţiei.

Se pare chiar că suntem îndreptăţiţi a crede că *gigantismul* obţinut experimental la om sau la animale prin castraţie sau cel observat în urma alteraţiunilor patologice ale glandelor sexuale, nu recunoaşte altă patogenie. Se ştie că există adese ori la femei în urma alteraţiunilor ovarelor, o ipertrofie a corpului tiroid cu fenomene de iperfuncţiune şi **Féré** a observat un caz de atrofie testiculară la un paralitic general urmată de ipertrofie a corpului tiroid. Acelaş lucru a fost constatat în mod experimental de **Cecca** la animale. La rândul său **Fichera** a văzut în urma aceleiaşi operaţiuni o ipertrofie însemnată a ipofizei cu proliferarea celulelor eosinofile şi această ipertrofie e după autor însoţită de iperfuncţiunea glandei.

Intr'un caz de gigantism al lui **Launois** şi **Roy** găsim notată de asemenea această proliferare însemnată a celulelor eosinofile. Există deci, un adevărat sindrom anatomopatologic, căruia în clinică îi corespunde acromegalia şi gigantismul.

Persistenţa timusului face parte din acest sindrom anatomopatologic (deşì poate lipsì). In mod experimental **Calzolari**, **Anderson**, au văzut că castraţia împedică sau întârzie regresiunea timusului la animale, iar **Noel** şi **Paton** au văzut că această glandă creşte la cobai până în momentul desvoltării glandelor sexuale şi numai atunci începe atrofia (³).

* * *

(¹). **Henry Meige**. *Sur le gigantisme*. Archives générales de Médecine Octobre. 1902.

(²) **Launois** et **Roy**. *Etudes biologiques sur les géants*. Paris 1904.

(³) Am întreprins împreună cu **Papinian** câtevà experienţe de control, cari nu par a confirmà pe acelea ale autorilor precedenţi, relative la ipertrofia sau persistenţa timusului după castraţie, însă ele nici nu le infirmă. Am castrat 3 căţei proveniţi dintr'o singură sarcină, conservând pe alţi 3 din aceiaşi sarcină ca martori. Iată rezultatele:

1. Câine operat, greutate	2250	gr.	Timus=1 gr. 50 Corpul tiroid=0.45 ctgr,
2. Căţea castrată	„ 2500	„	Timus=1 gr. tiroida=0.30 ctgr.
3. Câine martor	„ 3000	„	Timus=3 gr. tiroida=0.50 ctgr.

Câţivà autori au semnalat cazuri de acromegalie fără alteraţiuni din partea ipofizei. Alteori în loc de ipertrofie există o atrofie cu scleroză. In aceste din urmă cazuri e vorba foarte probabil de un proces în regresiune care a putut altă dată să producă o iperfuncţiune a glandei. Alte cazuri pot fi puse la îndoială ca diagnostic. Pe de altă parte corpul pituitar n'a fost examinat microscopiceşte în unele din cazurile în care a fost notat ca normal.

Silvestri a publicat un caz de acromegalie fără leziune a ipofizei, în schimb a găsit o tumoră mediastinală ce păreà pornită din timus. Acest autor se întreabă dacă una singură din glandele ce intervin în creştere n'ar fi în stare uneori să producă acromegalia. E de notat însă că în acest caz există o ipertrofie a corpului tiroid şi amenoree deci aboliţiunea sau cel puţin diminuarea însemnată a funcţiunilor ovariene. Deci mai mulţi factori reuniţi cari au putut poate să producă acromegalia. Intrucât mă priveşte, cred însă că nu e demonstrat până acum

---

4. Căţea operată „ 3100 gr. . . . . . Timus=1.40 ctgr.
tiroida=0.50 ctgr.
5. Căţea martoră . . . . Timus=7.50 gr
tiroida=0.60 ctgr.
6. Câine martor. . . . . Timus=8.50 gr.
tiroidă=0.60 ctgr.

Ultimele două animale n'au fost cântărite, neavând la dispoziţie un cântar în momentul sacrificării lor. Precum se vede la martori, greutatea timusului a fost mai mare de cât la animalele operate. Ultimele două animale (martori), au trăit în condiţiuni mai bune ca celelalte, având o alimentaţie mult mai abondentă. Aci trebue căutată, credem, raţiunea deosebirei foarte mari, între greutatea timusului la aceste animale şi la celelalte patru. In teza lui Ghica găsim semnalată această influenţă a condiţiunilor alimentare asupra greutăţii timusului. In plus aceste două animale martore mai suferiseră câte o extirpare musculară (sterno-mastoidianul şi trapezul). Celelalte 4 animale au fost mai puţin supraveghiate din punctul de vedere al alimentaţiei. Probabil tot factorul acesta al alimentaţiei intervine şi la martorul cu No. 3, care neavând nici o operaţie, s'a putut nutri mai bine decât celelalte trei animale cu care a trăit împreună. Concluzia ce se degajă din aceste fapte, e că castraţia singură nu e în stare a se opune regresiunii timusului, dacă nu e ajutată şi de alţi factori accesorii.

La un câine castrat în prima sau a doua lună a vieţii sale şi a sucombat după un an printr'un accident; timusul era destul de voluminos şi după fixarea în formol cu apă 10$^0/_0$ cântarea 11 gr. 50 centigr. Acest din urmă fapt concordă cu ale autorilor citaţi mai sus.

că iperfuncţiunea tiroidei sau abolirea funcţiunei ovariene poate coexistà cu o stare normală a secreţiunei ipofisare.

* * *

După cele ce am zis se vede că suntem destul de aproape de a înţelege patogenia acromegaliei şi pe aceea a gigantismului. Nu putem însă zice că o cunoaştem complect. Şi nu o vom cunoaşte decât în ziua când vom puteà produce experimental ambele aceste două sindrome. (gigantismul, cel puţin una din formele sale se poate produce dejà experimental prin castraţiunea timpurie).

Cercetările ar trebui, cred, conduse cam în modul următor. Ar trebuì să se producă o iperhipofisie (termenul e al lui Ballet şi Laigneil Levastine) fie nutrind, fie grefând organul la animale. Ar fi util ca experienţele să se facă pe animale castrate de timpuriu şi poate ar fi bine să ne servim de ipofisa de la animale castrate. La unele animale, mai ales la cele mai înaintate în vrâstă s'ar puteà adăugà şi administrarea preparatelor de timus sau de corp tiroid sau grefele de aceste organe.

Urmând astfel vom ajunge poate să producem acromegalia în mod experimental şi vom avea confirmarea definitivă a teoriei poliglandulare. Imi propun a face aceste experienţe cari de altfel trebuesc urmate multă vreme şi făcute în mare număr. Aş fi fericit dacă aş ştì că şi alţi autori vor bine voì a le face mai curând sau mai târziu.

Pe de altă parte acum rolul ipofizei în creştere nu e destul de bine domonstrat. Ar trebuì să se poată distinge ipofiza la animale tinere evitândn-se pe cât posibil traumatismele foarte mari ce însoţesc azi experienţele de distincţiune ale corpului pituitar. Ar trebuì deci să ne servim de o metodă nouă. Fabricaţiunea unui ser citotoxic cu acţiune electivă pentru corpul pituitar, analog cu acel făcut de curând de Slătineanu pentru corpul tiroid, ar fi poate idealul din acest punct de vedere. Dacă cu un asemenea ser se va puteà produce infantilismul sau opriri de creştere la animale acţiunea ipofizei în creştere va fi un fapt câştigat.

* * *

Inainte de a terminà vom adăugà câteva cuvinte relative la tratamentul acromegaliei. Idealul ar fi să ne opunem la progresul tumorei sau să determinăm regresiunea ei. Cum însă cunoaştem foarte puţin din etiologia şi patogenia tumorilor, pentru un moment, cel mai bun lucru ce ne rămâne de făcut e să ne opunem progresului procesului patologic aducând pe cât posibil metabolismul la starea normală sau în vecinătatea acesteia.

Moraczewski care a făcut mai multe cercetări din acest punct de vedere a ajuns la concluziunea că nitratul de argint în dosa de 0. 18 centigr. pe zi, fosforul în doza de 5 miligrame pe zi sunt cele mai active din acest punct de vedere. O acţiune mai puţin însemnată o are oxigenul. Acest tratament însă n'ar puteà fi utilizat decât în perioada de evoluţiune când schimburile sunt încetinite. Când schimburile sunt din contra mărite ceea ce corespunde probabil perioadei de distrucţiune, de degenerescenţă a ipofizei un astfel de tratament n'ar puteà fi decât vătămător. In aceste din urmă cazuri opoterapia pituitară ar puteà fi încercată de şi sunt încă rezerve de făcut. Ori care ar fi tratamentul e necesar ca înainte de a-l începe să stabilim de e posibil bilanţul nutriţiunei sau să facem cel puţin o analiză cantitativă a urinei pentru a ne puteà orientà atât asupra indicaţiuniler cât şi asupra efectelor tratamentului. De sigur pentru a constatà aceste efecte va fi necesar să stabilim din nou, în timpul sau şi după tratament, bilanţul nutriţiunii sau să facem analiza cantitativă a urinelor.

Din cele ce am zis asupra efectelor glandeler sexuale atât asupra metabolismului cât şi asupra creşterei se vede că opoterapia ovariană sau testiculară pare foarte indicată atât în acromegalie cât şi în gigantism, bine înţeles in perioada de evoluţiune a boalei.

E drept că Napier (¹) a încercat fără succes opoterapia ovariană într'un caz de acromegalie. Aceasta nu trebue însă să ne descurajeze cu atât mai mult cu cât putem sperà că am puteà să ne opunem prin acest tratament nu numai evoluţiunii tumorei şi ipergenezei osoase dar că am puteà obţine chiar o regresiune sau cel puţin o oprire a desvoltărei tumorei. Intr'ade-

---

(¹) Napier. *Glascowe med. Journal.* Analizat în *Revue Neurologique* 1901. Sulla ipertrofia della ghiandola pituitaria consecutiva a la castrozione.

văr precum am văzut Fichera (¹) a stabilit de curând prin experienţe foarte interesante nu numai că ipofisa se ipertofiază la animalele de ambelele sexe prin castraţie dar şi că injecţiunile de suc *testicular* la un clapon readuc structura glandei pituitare aproape de aceea pe care acest organ o are la cocoşul normal.

Or cum tumosa ipofisară din cazurile de acromegalie şi din cele de gigantism se prezintă de cele mai multe ori ca un adenom sau o ipertrofie simplă a glandei nu e ilogic să ne gândim că opeterapia testiculară sau nă ovaria s'ar puteà opune la proliferaţiunea celulară a glandei pituitare.

Injecţiunile de ser citotoxic în anumite doze ar putea de asemenea poate să se opună procesului proliferativ fără să altereze prea mult organul (²).

Dr. S. Irimescu.

PROFILAXIA PALUDISMULUI

(URMARE)

I.

In ceea ce priveşte primul punct: distrugerea paraziţilor la malarici şi împedicarea anophelelor de a să infectà, părerile autorilor sunt împărţite asupra eficacităţii sale.

In localităţile cu climă temperată, unde iarna nu permite desvoltarea anophelelor şi în tropice, unde anotimpul uscat provoacă acelaşi efect, nu există, la un moment dat, decât recidive.

Profilaxia preepidemică—tratarea adică, a tuturor acestor recidive, înainte de începerea epidemiei adevărate—îşi are justi-

---

(¹) Fichera şi Ancora bulla ipertrofia della ghiandola pituitaria consecutiva alla castrazione Boll. della R. Academia *Medica di Roma* Fasc. III et IV, Anno XXXI.

(²) In unele din lucrările citate aci cei cari se interesează mai de aproape de studiul acromegaliei vor puteà găsì o întinsă bibliografie achestiunei.

ficarea, în prezumția că malaria ar dispare într'o regiune anumită, când s'ar reuși să să vindece toți bolnavii înaintea desvoltării primei generații de anopheles, care n'ar mai găsi, astfel, de unde să să infecteze.

Dacă în teorie profilaxia așà înțeleasă pare logică, realizarea ei însă, întâmpină în practică o mulțime de obstacole.

Ceea ce face în primul rând dificultatea aplicării sale, e în multe cazuri imposibilitatea diagnosticului malariei latente. In intervalele apiretice, malaricii nu prezintă, deseori, nici un fenomen morbid, care să atragă atenția asupra lor.

Se știà de mult că copii sunt mai expuși la malarie decât adulții. Koch a avut însă marele merit, în campania sa din Noua Guinee, să atragă atenția asupra parazitării frecuente a sângelui copiilor, cu toată aparența lor de sănătate perfectă.

Constatările sale au fost confirmate în urmă în diferite localități paludice. Copii mici dèla naștere până la 2 ani, sunt cei mai atinși.

Ollwig la Dar-es-Salaam (Africa germană de est) și în localitățile vecine, a găsit la copii, paraziți în proporție de 31—77.5 °/₀. Best în Lagos la 45°/₀, Ziemann în Camerun la 37.1°/₀. din copii. A. Plehn la negrii din Africa germană a găsit paraziți în sânge între 85—94°/₀ la copii și 50°/₀ la adulți. Otto Panse în Africa germană de est în proporție de 48—87°/₀. De Jonge la Tjitatjap (Java) la 57.5 °/₀. In expediția școalei de medicină tropicală din Liverpool în *Nigeria* la aproape 50°/₀, Daniels în Africa centrală la 33°/₀ din copii.

In localitățile cu climă temperată, Gossio în maremele Toscana a găsit la 58°/₀ din copii mai mici de 15 ani paraziți în sânge, Bludau la Ossero și Puntacroce la 64°/₀.

Proporția de copii cu paraziți în sânge e, deci, enormă în localitățile paludice. Stephens a propus de aceea (Congresul dela Oxford, Iulie 1904), ca parazitarea sângelui copiilor mai mici de 10 ani, să serve drept indice epidemic al unei localități paludice.

Fiind dat numărul mare al celor cu paraziți în sânge și cu aparență de sănătate, rezultă că un examen amănunțit al sângelui, ar trebuì făcut la întreaga populație a unei localități malarice, înainte de a se pronunțà asupra stării sale sanitare.

Examenul acesta reclamă însă o instalare de laborator, care ori cât de sumară, nu poate fi realizată pretutindeni, și o oarecare obişnuinţă în cunoaşterea parazitului. Intr'adevăr chiar când parazitul există, în foarte multe cazuri e destul de rar, ca să nu poată fi găsit decât după o lungă cercetare, ceea ce cere metodă şi răbdare, greu de exigeat, când e vorba de examinat sutele şi miile de lame pe care s'a luat sânge, ale unei populaţii întregi.

Admiţând însă că aceste condiţiuni s'ar puteà realizà, examenul sângelui nu e suficient, ca să se descopere toate cazurile de malarie latentă, de oare ce la populaţiile noastre, cari iau dese ori deşi nesistematic, chinină, e aproape imposibil în multe cazuri să se găsească parazitul, chiar după un examen foarte metodic.

Plehn, Glogner, au atras atenţia asupra absenţei parazitului în sângele impaludaţilor cronici, până cu 2—3 zile înainte de a se produce un acces.

Ed. şi Et. Sergent într'o regiune foarte impaludată la Saint Philbert de Grand Lieu n'au putut găsì parazitul în nici într'un caz (153 locuitori examinaţi), cu toate că regiunea era destul de paludică.

Herz (Amsterdam), atrăsese de mult atenţia asupra acestor cazuri de malarie latentă, al căror număr, după Schoo, e destul de mare în Olanda. Rochaz de Jongh şi Bruno Galli Valerio citează cazuri identice la Lago del Piano.

Raritatea paraziţilor în sângele periferic în cursul paludismului latent şi chiar în cursul manifestaţiunilor febrile (formele de estivo-automnalâ) a condus pe Stephens şi Cristophers, Rogers, să caute în augmentarea mononuclearilor mari un mijloc de diagnostic al malariei latente. Prezenţa de leucociţi pigmentaţi şi de mononucleari mari (15—20% în loc de 4—10% cât sunt în sângele normal) ar face probabil diagnosticul de malarie.

Proprietatea aglutinantă a serului malaricilor faţă de globulele roşii semnalată de Lo Monaco şi Panichi ca un mijloc de diagnostic n'are absolut nicì o valoare. Capogrossi a arătat că serul bolnavilor de afecţiuni variate şi chiar serul oamenilor normali prezintă în multe cazuri proprietăţi aglutinante, faţă de globulele roşii.

Prezenţa unei hemolisine, care să credeà că există în serul malaricilor, n'a putut fi constatată în numeroase cercetări făcute de Celli, Casagrandi şi Carducci, aşà încât nu poate fi invocată ca mijloc de diagnostic.

Diagnosticul malariei latente, este deci, uneori extrem de dificil.

Să presupunem însă că într'un fel sau într'altul, fie în urma examenului sângelui sau în urma unui diagnostic clinic de probabilitate, s'ar face cura prepidemică a tuturor malaricilor unei regiuni date.

Dificultatea profilaxiei, limitată numai la cura preepidemică, ar rămâne încă destul de mare, dîn cauza imposibilităţii în unele cazuri, de a obţine vindecarea celor trataţi. Formele sexuate ale parazitului sunt destul de frecuente în recidive. Pentru semi lune experienţele lui Martirano şi Gualdi, n'au făcut decât să confirme pe cele anterioare ale lui Bastianelli şi Bignami. Cura prelungită chininică n'are influenţă asupra lor. Koch la Stephansort (Noua Guinee), a obţinut totuşi la o populaţie de 700 locuitori, ca 2 luni în urma chininizării sistematice, sângele să fie steril, deşi cea mai mare parte din ei avuseseră semi-lune.

Gameţii terţii şi cuartii cedează de obiceiu mai uşor la tratamentul chininic.

Dar chiar în formele cu paraziţii puţin rezistenţi la tratamentul chininic, sterilizarea sângelui nu este de lungă durată. Ceea ce caracterizează epidemiologia malariei e frecuenţa mare a recidivelor. Statistica mare a lui Caccini, (3.704 cazuri de estivo-automnală, 2.020 cazuri de terţa, 855 de cuartă). pe anii 1900—1901, făcută la spitalul San-Spirito din Roma, pune foarte bine în evidenţă faptul acesta.

Cu tot tratamentul urmat, în mod sistematic, recidivele s'au produs într'un mare număr de cazuri.

Sub influenţa diferitor cauze adjuvante (alimentaţie insuficientă, turburări gastrointestinale, oboseli, turburări nervoase traumatizme, infecţiuni diferite, graviditate, medicamente, ca iodurul de potasiu sau injecţiunile de tuberculină), după scurt timp sau după un timp mai îndelungat *(a breve* sau *a lunga scadenza)*, paludicul recidivează.

Exemplul cel mai tipic de recidivă îl aduce Caccini cu un grup de lucrători din munţii Calabriei, cari, cu toate că urmaseră o cură prelungită (3—4 luni), au recidivat (62 din 81) la intervale variând între 7 şi 13 luni. (Leyden a citat un caz de recidivă după 3 ani, Schilling după $2^1/_2$, etc)

Vindecarea malaricului e deci foarte precară şi cum viaţa higienică la adăpostul tuturor cauzelor cari îl pun în stare de inferioritate organică şi îl expun la recidive, e greu de realizat mai cu seamă pentru populaţia rurală, care e cea mai atinsă, urmează că limitarea profilaxiei, numai la cura preepidemică a recidivelor, e departe de a oferi toate garanţiile că o epidemie nu va mai luà naştere.

Sunt, ce e drept, un număr de campanii antimalarice limitate la cura preepidemică, cu rezultate pozitive.

Condiţiile speciale în care s'au făcut aceste campanii, greu de realizat în alte părţi, explică însă succesul lor.

Cura chininică preepidemică s'a făcut în aceste cazuri, după sistemul recomandat de Koch. (Administrarea în cazurile de febră terţă şi estivo-automnală (semi-lune) când se tratează dela primele accese de un gram clorhydrat chinină în 2 zile consecutive. In cazul când bolnavul avusese dejà mai multe accese, se dă 7 grame clorhydrat chinină: în primele două zile câte 2 grame şi în celelalte 3 câte un gram. Tratamentul ulterior identic în ambele forme: Se continuă câte un gram de chinină în cele 2 zile după încetarea febrei şi se repetă această doză la intervale de 9 zile pentru febra terţă, de 8 zile pentru estivo-automnală. Tratamentul astfel condus durează 3 luni).

Campaniile făcute după acest sistem, sunt cele dela Brioni, dela Ossero şi Puntacroce, cele din Africa germană şi din maremele Toscane.

La Brioni, insulă din Istria, Frosch, la o populaţie variând între 500—700 locuitori, a avut ca rezultat că în loc de 97 malarici, câţi fuseseră în 1900, în 1901 n'au mai fost decât 17 ceea ce face o diminuţiune de 82.5%. In 1902 n'au fost decât 5 recidive şi 15 cazuri importate. Nici un caz însă nou. Campania făcută după invitarea proprietarului insulei, a dat rezultate excelente, pentru că măsurile s'au aplicat foarte sever. Locuitorii cari nu se supuneau la tratament, erau pur şi simplu expulzaţi din insulă.

Gossio, a experimentat în maremele Toscane, la o populaţie de 3.518 locuitori, cu un stat major de 15 medici şi cu un personal auxiliar numeros. Rezultatul a fost că s'au observat în 1901 numai 24.53% cazuri noi, faţă de 56% în 1900. In 1902, campania a fost continuată cu rezultate şi mai bune. Morbiditatea paludică a căzut la 14%. In 1901, într'o zonă vecină netratată, 84% din locuitori suferiseră de malarie.

Rezultatele obținute de Bludau la Osssero, la o populație de 300 și la Puntacroce, la o populație de 160 locuitori, au fost tot așà de bune. Cazuri noi n'au mai fost observate în 1902 în urma tratamentului făcut.

Vagedes, în Franzfontein și localitățile vecine a avut numai 3—8% de cazuri noui, în urma tratamentului făcut la toți malaricii, din Septemvrie 1901 până în Iunie 1902. Populația fusese atinsă anterior în proporție de 29.6—71%.

Ollwig, la Dar es Salaam, a constatat o scădere simțitoare a numărului malaricilor. Copii tratați, bolnavi anterior în proporție de 31%, prezintau un an mai târziu (1902) o morbiditate de numai 14%. In spital în loc de 317, au intrat numai 213 malarici.

Martini, la Wilhemshaven, cu tratamentul făcut, a putnt împedecà cazurile noi.

Succesele obținute în aceste campanii se datoresc scrupulozității, cu care experiențele au fost conduse. Intrebarea însă este, dacă aceste rezultate se vor puteà menține, în localitățile citate, chiar continuând cura preepidemică. E drept că Vagedes, la Franzfontein, în 1903 a constatat că, deși un tratament nu se făcuse, au fost numai 3 cazuri de malarie la 146 locuitori și chiar acestea erau recidive.

Lenz însă în Brioni, aplicând în 1903 aceeași metodă ca și Frosch în 1902 a avut rezultate mai puțin satisfăcătoare pentru epidemia din cursul verei viitoare.

Față de campaniile acestea cu rezultat pozitiv, un mare număr de experiențe, făcute mai cu seamă în Italia, au dat rezultate mai puțin bune. Așà, în experiența făcută în 1901 sub direcția lui Celli, la Salone (Agro-Romano), au fost cu toată cura prelungită a malaricilor, 12% cazuri noi, pe când într'o localitate vecină (Lunghezza), unde nu se aplicase nici un tratament preepidemic, numărul malaricilor s'a urcat numai la 11%.

La Marano Lagunare (Udine), s'a avut numai 4.39% cazuri noi în 1901. E de remarcat însă, că în anul acesta malaria a fost cu caracter ușor și in regiunile tratate ca și în cele netratate.

La lucrătorii drumurilor de fer ale Adriaticei, cu tot tratamentul preepidemic, în 1901, numărul zilelor de lucru perdute din cauza paludizmului, a fost aproape tot aşà de mare ca în 1900. Dacă recidivele au fost de 27% faţă de 45% la cei netrataţi, diferenţa se datoreşte şi protecţiei cu reţele metalice.

Vivenza şi Mendini au avut la Mozzecano în 1902, după cura intensă din 1901, 16% recidive, faţă de 40% în 1901. Diminuţia e sensibilă, nu însă suficientă, ca să împedice eclosiunea unei noi epidemii.

In 1903 Bertarelli, la Turin, într'o regiune puţin malarică, a tratat în perioada preepidemică, recidivele după metoda lui Koch. Deşi din cei 83 trataţi, unul singur a recidivat, s'au avut totuşi 15 infecţiuni noi, numai cu 25% mai puţin ca în anul precedent, ceea ce nu e suficient pentru o profilaxie eficace.

Korteweg, la Wormerveer (Olanda), în 1902, a observat că deşi toţi malaricii luaseră chinină, după metoda lui Koch, totuşi epidemia şi-a urmat neturburată cursul.

In Vendée la St. Philbert de Grand Lieu, în experienţa făcută de Sergent tratamentul chininic administrat înaintea periodei epidemice, n'a împedicat nici recidivele, nici cazurile noi.

In Krommenie (Olanda), Schoo la o populaţie de 300 locuitori unde toţi malaricii cari consultaseră fuseseră chininizaţi în mod sistematic, n'a constatat nici o diminuţiune a epidemiei în 1902, faţă de 1901.

Polettini în Veronese, a avut în 1902 7,73% cazuri noi, la 1396 de locuitori trataţi, faţă de 11,35% la 1.182 netrataţi. Diferenţa, după cum se vede, nu e mare.

Fiind date aceste rezultate, majoritatea autorilor, Celli, Schoo, Plehn etc., nu recunosc o eficacitate complectă, curei pre-epidemice, după sistemul lui Koch; ei admit totuşi că într'o localitate izolată, unde întreaga populaţie poate fi examinată şi noii veniţi supuşi unei cercetări minuţioase, hematologice şi clinice, procedeul acesta poate fi încercat. Evident, că punerea sa în practică, nu împedică întrebuinţarea celorlalte mijloace de profilaxie a paludismului.

II.

Trec acum la punctul al doilea: apărarea oamenilor sănătoşi contra înţepăturilor ţânţarilor, care ar puteà să le transmită parazitul.

Fiind dat că există după observaţiuni făcute de mulţi autori unele animale şi unii oameni, pe cari ţînţarii nu-i înţeapă nicidată, studiul substanţelor culicifuge — substanţe cari îndepărtează ţănţarii--merită o oarecare atenţie.

Schüffner, în studiul său asupra malariei în Sumatra, remarcă că morbiditatea mai mare paludică a copiilor e datorită nu numai absenţii imunităţii, dar probabil şi faptului că pielea lor fiind mai delicată, ţânţarii pot să-i înţepe mai uşor. Intervin pe lângă aceasta probabil şi alte influenţe de natură chimică cum sunt secreţii de ale glandelor pielei, ca să atragă ţânţarii.

După Schüffner sunt medici în Java, cari pretind că cunosc plante, a căror administraţie, împedică paludismul, probabil în urma eliminării prin piele a substanţelor pe cari le conţin.

Fermi şi Lumbau au studiat un mare număr (300—400) de substanţe culicifuge — şi au găsit că foarte puţine — din ele îşi merită reputaţia. Pentru ca un culicifug să fie eficace ar trebuì să îndepărteze ţînţarii pentru cel puţin 5—10 ore, să nu vateme întru nimic individului care-l întrebuinţează, şi să nu fie iritant. Preparaţia sa pe de altă parte trebue să fie uşoară şi costul relativ mic. Dintre substanţele studiate de aceşti doi autori, câtevà numai s'au arătat active, şi chiar acestea nu şi-au exercitat acţiunea decât un foarte scurt timp: 1—2 ore în locurile închise şi $^1/_2$—1 oră în aerul liber. Substanţele acestea sunt: sulfurul de allyl 0.1%, oleul de eucalypt, de cajeput, de migdale amare în soluţiune apoasă sau oleoasă, în pomade cu vaselină sau cu lanolină.

Loeffler a experimentat oleul de lămâe. Ţânţarii se apropie, nu înţeapă însă, când pelea este acoperită cu acest oleu.

Credinţa că persoanele, care consumă lămâe sunt ferite de malarie, poate să fie prin urmare, până la un punct adevărată. Probabil că se elimină în cazul acesta, mici cantităţi de oleu de lămâe prin glandele pielei.

Di Mattei a experimentat la lucrătorii liniilor ferate din Sicilia — 137 bărbaţi şi 55 femei — cu zeamă de lămâe, dată în doză de o linguriţă dimineaţa. Pe când cei netrataţi s'au îmbolnăvit în mare număr, la cei cari au luat lămâe, cazurile au fost foarte puţin numeroase. Usturoiul, care conţine sulfur de allyl, unul dintre culicifugii cei mai activi, după experienţele lui Fermi şi Lumbau, ar puteà avea o aplicare identică.

Pescarii din golful de Hudson şi din alte părţi ale Americei de nord, să protejează contra înţepăturilor ţînţarilor, ungându-şi pielea cu un amestec de oleu de olive şi de gudron sau cu apă de gudron simplă. Animalele domestice sunt apărate într'acelaşi fel. In California, animalele sunt unse cu un amestec de petrol şi seu. Dumont d'Urville şi alţi voiajori, raportează obiceiuri identice, din diferite localităţi paludice.

In ultimul timp a fost recomandată, ca un culicifug eficace, soluţia alcolică de thimol $2^0/_0$ (Schill).

Sunt preparate care exercită o acţiune culicifugă mai mult prin gustul decât prin odoarea lor. Loţiunile pe piele cu decocţie concentrată de triticum repens, întrebuinţate la Simbirsk pe Volga, cu maceraţie de quassia amara de care se servă Mexicanii, ar intrà în categoria aceasta.

S'au încercat pe de altă parte, diferite mijloace pentru a depărtà ţânţarii din camerele de locuit. Fermi şi Lumban au experimentat cu un număr oarecare de substanţe, pe cari le puneau în timp de 30—35 secunde în fiole aşezate la o distanţă numai de 5 centimetri, de locul unde se aflau ţânţarii —pentru ca astfel acţiunea acestor substanţe să fie indiscutabilă. — Numai vaporii de amoniac, clor, fumul provenit din combustia lemnului, a petrului, a tutunului, goneşte ţînţarii, pe când vaporii foarte iritanţi pentru om şi animale, capabili să omoare foarte repede ţînţarii în eprubete, (acidul clorhydric, cloroformul, iodul, eterul, acidul acetic glacial, sulfurul de cărbune, nitritul de amyl, acidul fenic, esenţa de terebentină etc.), s'au arătat absolut inactivi.

Celli şi Casagrandi au experimentat la rândul lor diferite substanţe, pentru distrugerea ţânţarilor. Vaporii de esenţă de terebentină, iodoform, chloroform, eter, au dat într'un spaţiu restrâns oarecari rezultate. Mentholul, camforul, naftalina au dat rezultate mai puţin manifeste.

Fumigaţiile de foi de tutun s'au arătat cele mai eficace (moartea ţînţarului după 1—3 minute). Vin apoi tot active în ordine descrescândă: fumul de flori de crisanteme, de foi de eucalypt de lemn de quassia, de piretru şi în general de un lemn oarecare E într'adevăr un fapt de observaţie, că fumul goneşte ţînţarii. Pescarii canadieni să protejează de ţînţari, făcând focuri mari. Fumul produs goneşte ţînţarii. Ciobanii din campania romană, nu pot dormì în coliba lor, decât dacă aprind focul. Focul umple toată coliba şi iese printr'o apertură, făcută la vârful ei.

Anderson la Tamatava, Diego Suarez şi Nossi Bé în Madagascar, a observat că indigenii, ca să să apere de ţânţari, îşi prepară alimenteleîn coliba lor din care fumul iese de-abià printr'o mică deschizătură.

In timpul voiajului său în Siberia, Pallas, sâ protejà contra înţepăturilor de ţînţari, purtând pe spate, un recipient, în care se aflà iască în combustiune.

Este ştiut, că ţăranii noştri să apără de ţînţari, făcând focuri mari. Pe Bărăgan, tizicul, gunoiul uscat, care produce un fum gros şi abondent e foarte întrebuinţat în scopul acesta.

In Sudul Europei, pentru a gonì ţînţarii din camerele de dormit, se aprind nişte pastile conice, numite *fidibus*, formate din flori de piretru, muiate în apă şi apoi uscate sau amestecate cu o substanţă combustibilă.

Se vinde în Italia într'acelaşi scop sub numele de zampironi, un fel de lumânări în compoziţia cărora intră crisantemele şi azotatul de potasiu.

Celli, preconisează zanzolina, o pulbere compusă dintr'un amestec de flori de crisanteme, de rădăcini de valeriană şi de larvicid (galol impur). O lingură din această substanţă, care se arde într'o cameră de 30—40 m. c., nu omoară ţânţarii dar îi amorţeşte pentru 6 ore. Fumul produs răspândeşte însă în aer particule de cărbune, e gros şi dezagreabil, de unde tendinţa de a ilimità producţiunea, ceea ce are ca efect să-i diminueze şi eficacitatea.

Kerschbaumer recomandă formula următoare, care arde fără particule de cărbune şi are avantagiul că e şi mult mai eftină:

Pulbere de flori de crisanteme .	āā IV părţi
Pulbere de rădăcini de valeriană	
Pulbere de azotat de potasiu	I parte

Se amestecă şi să arde o lingură pentru o cameră de 30—40 metrii cubi.

Evident că pentru toate aceste pulbere, combustia trebue să se facă cu fereastra închisă şi să nu să aereze în urmă, sau dacă să aerează să se arză din nou, o jumătate din doza prescrisă.

Fumigaţiile de pucioasă sunt de asemenea eficace.

D'Abadie povesteşte că Abisinii cari descind de pe munţi în câmpie, ca să vâneze elefanţi se apără de friguri, supunându-se zilnic în pielea goală la fumigaţii de sulf. În Sicilia, lucrătorii din minele de sulf sunt atinşi de febre în proporţia de 8—9 °/₀ pe când restul populaţiei e mai toată impaludată (80—90 °/₀). Acidul sulfuros produs prin combustiunea sulfului omoară într'adevăr foarte repede ţânţarii.

Rosenau a studiat acţiunea sa experimental şi a recunoscut că atât în stare umedă, cât şi în stare uscată, lucrează foarte energic. Chiar foarte diluat el pătrunde şi omoară ţînţarii într'o oră, traversând stofe foarte groase. Desinfecţia cu aparatul Clayton care produce acid sulfuros e deci foarte eficace şi-şi are aplicarea pentru vasele venind din localităţi infectate. Atât anofelul cât şi stegomyia (pentru febra galbenă) pot fi distruşi în felul acesta.

Vaporii de clor sunt foarte activi dar şi foarte iritanţi. Aldehyda formică e mai puţin eficace după Rosenau. Ea nu omoară ţînţarii în mod sigur, decât în cazul când vaporii săi, să produc în abundenţă.

Pentru a înlăturà ţînţarii din camerele de dormit să poate utiliza şi faptul că sunt atraşi de lumină. Să pune într'o cameră vecină, o lampă aprinsă. Ţânţarii sunt atraşi în această cameră. Să închide apoi uşa de comunicare. Beuttenmüller consiliază întrebuinţarea unor lanterne construite în mod special. La baza lor e adaptată o farfurie conţinând puţin petrol. Insectele sboară către lampă şi cad în petrol, ceea ce face ca un mare număr din ele să fie distruse.

Pentru a evità înţepăturile de ţînţar, condiţiunile în care se găsesc locuinţele, sunt de asemenea importante. Să ştie că ţânţarii trăesc în locurile joase şi adăpostite şi că nu se găsesc în locurile mai înalte şi bine ventilate. Casele situate pe o colină sau în părţile mai ridicate ale oraşului sunt prin urmare de preferat celor din cartierele mai joase. Se va alege tot pentru acest motiv locuinţa în etajele superioare. Păreţii camerelor vor fi văruiţi sau zugrăviţi cu culori deschise, pentru a puteà urmărì mai bine, ţînţarii care ar fi putut să intre în casă.

Dacă mlaştine se află în apropiere, locuinţele, vor trebuì să aibă o orientaţie opusă direcţiunii generale a vânturilor. Vântul poate într'adevăr să transporte ţânţarii la distanţe mari. La Corpus Christi (Texas), vântul de sud goneşte ţînţarii. Când vântul suflă însă din altă direcţie, milioane de ţînţari cad asupra oraşului. Se văd atunci herghelii întregi de cai fugind de insecte, pentru a se asvârlì în apă. (Blanchard). Observaţiile acestea sunt însă relative la culex. Anophelul când e vânt nu sboară şi-şi caută adăpost în locurile retrase.

Intrepunerea unei păduri constitue, de obicei, o protecţie suficientă pentru locuinţele din vecinătatea mlaştinelor. S'a văzut paludismul producându-se în localităţi până atunci indemne, în urma tăerii unei păduri care le separà de o mlaştină şi invers frigurile dispărând după plantaţia de arbori. Casa va fi totuşi, construită la distanţă de grădini şi de masivurile de plante, cari întreţin umiditatea solului.

Un oare-care număr de arbori şi arbuşti sunt consideraţi ca având proprietatea de a depărtà ţînţarii. Ricinul e întrebuinţat în scopul acesta în Egipt. Ocimum viride în Sierra Leone. Eucaliptul, care a fost preconizat, nu depărtează ţânţarii, dar are o acţiune utilă, de oarece usucă solul în care e plantat.

Arborii aceştia zişi insectifugi, au în definitiv, o acţiune foarte puţin sigură.

III.

Mult mai raţionale şi mai eficace decât toate aceste recomandaţiuni greu de realizat şi cu atât mai greu de generalizat sunt mijloacele mecanice pentru depărtarea ţînţarilor.

Obiceiul de a se apărà contra înţepăturilor ţînţarilor cu musticare (poloage) e foarte vechi şi Herodot povesteşte de pescarii Egipteni, cari aşezându-şi locuinţa pe turnuri se feriau cu plăşile lor contra înţepăturii ţânţarilor. După Adam (Antichità romane), Romanii aşezau înaintea ferestrelor reţele, ca să se apere de ţânţari.

In tropice întrebuinţarea, poloagelor e foarte răspândită. E incontestabil, că un polog bine instalat apără noaptea contra ţânţarilor şi constitue un bun mijloc de profilaxie paludică. Ross, Emily citează exemple de indivizi cari într'o localitate foarte paludică au rămas indemni de paludism în urma întrebuinţării musticarelor.

Sanderson (citat de Duncan, congresul dela Oxford Iulie 1904) atribue faptul că a rămas indemn de paludism într'o localitate foarte paludică a Indiei întrebuinţării constante a musticarului. În judeţele noastre Dunărene ţăranii dorm vara afară sub un mic cort de pânză rară închis de toate părţile. Un musticar ca să fie util, trebue să împlinească însă un număr oarecare de condiţiuni.

Se va întrebuinţà de preferinţă pentru aplicarea musticarului un pat metalic cu 4 coloane, înalte de 2 m. 50 şi reunite prin bare orizontale. Rezultă în felul acesta un cadru pe care să întinde pologul. Acesta trebue să fie făcut din tarlatan solid, cu aperturi cari să nu depăşească 1 mm. 50—2 mm. Marginile inferioare ale pologului trebue introduse sub saltea, pentru a împedicà intrarea ţânţarilor în interiorul său.

În expediţii militare şi pentru explorări în regiuni cu ţânţari, Ross a propus modele de poloage portative foarte practice.

Poloagele nu apără decât individual şi în cursul nopţei. Ţânţarii sunt însă insecte crepusculare aşà încât pot înţepà înainte ca indivizii unei localităţi paludice să se culce. Pe urmă, prin modul său de construcţie, pologul împedică până la un punct circulaţia aerului şi face şi mai apăsătoare căldura în climele calde

In fine dacă pologul e rău construit sau cât de puţin descusut numai are nici o utilitate.

Apărarea contra înţepăturilor ţânţarilor nu să poate prin urmare limità la întrebuinţarea pologului.

Pentru toţi cei cari sunt obligaţi să iasă în timpul nopţei (soldaţii în campanie, funcţionarii căilor ferate, voiajorii etc.) e nevoe de adoptat un mod de apărare specială. Vălul femeilor din Orient nu e numai un object de cochetărie, dar un adevărat musticar portativ. In sudul Franţei, într'unele localităţi să întrebuinţează de locuitori văluri de tarlatan care îmbracă capul şi gâtul şi intră la partea lor inferioară sub haine, aşà încât protecţia părţilor deschise să fie complectă. Pentru mâini să întrebuinţează mănuşi de bumbac destul de groase şi pentru protecţia picioarelor, pantalonii sunt strânşi peste gheată la partea lor inferioară. Japonezii dau văluri soldaţilor, care stau de pază noaptea în localităţi insalubre.

Experienţa făcută de Fermi şi Cano Brusco în 1898 arată eficacitatea protecţiei părţilor neacoperite ale corpului în localităţile paludice. Zece indivizi protejaţi în felul arătat mai sus au trecut mai multe nopţi într'o cabană din vecinătatea eleşteului Liccari, unde anophelii erau foarte numeroşi. Nici unul din ei n'a avut friguri, pe când din 6 care îi însoţeau şi au rămas neprotejaţi servind ca martori, 5 s'au îmbolnăvit.

Nici pologul, nici protejarea părţilor deschise ale corpului nu sunt însă suficiente. E nevoe de apărat locuinţa întreagă contra ţânţarilor. Apărarea aceasta să face cu ajutorul pânzelor metalice. Pentru a fi eficace sistemul acesta de apărare, trebue însă aplicat în mod absolut metodic.

Protecţia casei poate fi totală sau parţială. In primul caz, toate ferestrele, toate uşile care pun în comunicaţie locuinţa cu exteriorul sunt prevăzute cu pânze metalice. Pentru coşurile de la sobe, pentru toate deschizăturile ori cât de mici să iau aceleaşi precauţii. In al douilea caz să protejează numai camerele de culcare. Pânzele metalice trebue să fie instalate astfel, încât să nu împiedice, nici deschiderea nici închiderea obloanelor, aşa de necesare în ţările calde, pentru apărarea locuinţelor, contra arşiţei soarelui. Cel mai bun mijloc e de a dublà pe din afară ferestrele, prin pânze metalice întinse pe cadre de lemn. Cadrul e divizat în două compartimente. In cel superior pânza metalică e fixă. In cel inferior e mobilă printr'un dispozitiv special, pentru a puteà închide şi deschide obloanele.

Pentru uşi, cel mai bun mijloc e întrebuinţarea unui fel de verandă a cărei păreţi sunt făcuţi din pânză metalică (tambour). Uşile sunt cu închidere automatică şi veranda este destul de largă, pentru ca uşa exterioară să se poată închide înainte de a deschide uşa interioară. E nevoe ca veranda să fie mai înaltă de cât uşa interioară.

Când un ţânţar pătrunde din afară, să aşează aproape totdeauna la partea superioară a verandei şi nu intră în casă. Pânza metalică întrebuinţată trebue să fie solidă şi modelul de fer galvanizat (1 fr. 75 metrul pătrat) e cel mai bun, de oarece e şi eftin şi trainic.

Aperturile reţelei pentru ferestre ca şi pentru uşi nu trebue să depăşească 1 mm. 5—2 mm.

Cu sistemul acesta de apărare mecanică a întregii locuinţi, Celli a instituit încă din 1899 din primăvară până la sfârşitul anotimpului malaric, o serie de experienţe la funcţionarii drumurilor de fer Prenestina-Cervara şi Pontegalera cu rezultatul că pentru întâia dată în localităţi cu malarie gravă câteva familii au trecut vara în condiţii de sănătate excelentă, pe când în casele vecine, febrele existau ca şi în trecut. Grassi la Maccarese, Di Mattei la Valsavoja în Sicilia, cu acelaşi sistem, au avut rezultate tot aşa de bune.

In 1900, profilaxia cu pânze metalice, a fost aplicată la un număr şi mai mare de linii de drum de fer în regiunile cele mai nesănătoase ale Laţiului: Roma-Tivoli, Monterolando, Pontegalera, Anzio şi Terracina. Rezultatul a fost că din 203 lucrători protejaţi s'au bolnăvit numai 11, pe când toţi sau aproape toţi cei neprotejaţi s'au impaludat.

In acelaşi an Celli a experimentat la Cervelletta având o populaţie fixă de 90 locuitori situată în apropierea Romei, cu locuitorii unei case şi a 3 colibe cari suferiau în toţi anii de friguri.

Experienţa dela Cervelletta a rămas celebră ca o experienţă, tip pentru combaterea malariei.

In partea protejată, din 17 locuitori s'a îmbolnăvit numai unul, mai puţin precaut pentru apărarea părţilor deschise ale corpului. In partea de control au fost 10 cazuri primitive.

Din colibe, în două unde precauţiunile s'au păstrat cu mare îngrijire nici un caz nu s'a produs, pe când într'a treia colibă, locuită de 4 persoane, toţi s'au îmbolnăvit, de oarece n'au voit să urmeze după regulele prescrise.

Pentru apărarea populaţiei agricole, care descinde în paludele pontine, pentru munca câmpului, s'a construit o colibă cu reţele metalice, demontabilă şi transportabilă.

Experienţa condusă de Barone, a arătat că pe când nici unul din locuitorii din colibă nu s'au îmbolnăvit, 68 din 117 din cei neprotejaţi au luat friguri.

Apărarea cu pânze metalice, făcută în acelaşi an cu multă îngrijire de Martirano la Ofantino (Puglie) a dat rezultate tot aşa de bune. Din 30 protejaţi, numai 7 s'au îmbolnăvit (1 caz nou, 6 recidive), pe când din 50 neprotejaţi, 41 s'au impaludat.

Sambon şi Low trimişi de şcoala de medicină tropicală din Londra au făcut într'acelaşi an (1900) o experienţă care a rămas celebră. O baracă de lemn, în care să puteau adăposti 5 persoane a fost construită la Londra. Toate aperturile erau prevăzute cu pânze metalice.

La începutul lui Iulie, baraca aceasta a fost transportată aproape de Ostia într'una din localităţile cele mai insalubre ale campaniei romane Sambon şi Low s'au instalat în această baracă pentru toată vara, împreună cu doi servitori italieni. Cu toate că n'au luat nici o precauţiune în cursul zilei, trăind ca restul locuitorilor din campania romană, fără să iea chinină, numai cu măsurile prescrise pentru apărarea mecanică nici unul din ei nu s'a impaludat.

In acelaşi an, Grassi pe linia Battipaglia-Paestum, a făcut o experienţă cu resultate tot aşa de dicisive. Linia aceasta ferată, a fost divizată în 3 zone, pe o lungime de 20 kilometrii două neprotejate şi una protejată. Experienţa a durat toată vara.

In zona protejată n'a fost nici un caz nou. La 113 locuitori numai 4 recidive, şi acestea la indivizi cari nu făcuseră cura preepidemică, cum o făcuseră ceilalţi. In zonele neprotejate, populaţia aproape întreagă a fost atinsă de paludism, 51 din 52, 64 din 64 etc.

In 1901, protecţia cu pânze metalice, în urma rezultatelor aşà de evidente din 1900, a fost întinsă în Italia la un mare număr de localităţi.

La Cervelletta, devenită un model de higienă antimalarică, s'a avut la o populaţie de 90 persoane, numai 24% recidive şi 4% cazuri noi.

Fără a dà ţifrele şi numele pentru fiecare din localităţile apărate, e destul de spus, că apărarea mecanică a fost aplicată în Italia în 1902, pe liniile de drum de fier ale Adriaticei, Mediteranei, Sardiniei, Siciliei occidentale pe o lungime totală de 573 kilometri, apoi la lucrătorii salinelor dela Corneto, la guarzii drumurilor din provinciile Roma, Grossetto, Ravenna, la ţăranii din Laţiu (Grezzano), la lucrătorii unui mare stabiliment industrial din Milan˙ Locurile de experienţă au fost alese printre cele mai atinse de friguri în fiecare an. La 4.363 persoane complect protejate, au fost numai 1.9% cazuri noi şi 21.5% recidive.

Cei 802 incomplect protejaţi, au dat 10.9% cazuri primitive şi 15.8% recidive. La cei neprotejaţi, locuind în aceleaşi localităţi, proporţia indivizilor atinşi de friguri a fost de 40—60%, într'o localitate chiar 96%.

In Italia, ca conclusiune a acestor experienţe aşà de doveditoare, prin legea din 2 Noemvrie 1901, protecţia prin pânze metalice a fost făcută obligatoare, pentru toate administraţiile care depind de stat.

In 1902, apărarea mecanică a fost aplicată la lucrătorii drumurilor de fer în Italia, pe o întindere încă şi mai mare, 750 kilometri. La 6.451 persoane protejate, în acest an, au fost numai 2.6% cazuri primitive şi 9.5% recidive. Inutil de a spune, că în zonele neprotejate, malaria a rămas tot aşà de intensă ca şi mai înainte.

Direcţia vămilor italiene a aplicat sistemul acesta de apărare mecanică la 20 locuinţe de guarzi vamali în 1901 şi la 92 în 1902.

Pe când în 1900, la cele 20 locuinţe de guarzi fuseseră 207 cazuri de febră, după protecţia cu pânze metalice, au fost numai 33 cazuri în 1901 şi 25 în 1902. La cele 92 locuinţe apărate în 1902 fuseseră în 1901 un număr de 634 cazuri. In 1902 numai 140 (febre primitive şi recidive împreună).

In acelaşi an, la Oost Knollendam (Holanda), Schoo a experimentat sistemul acesta de apărare mecanică. Zece case ocupate de 47 locuitori, au fost apărate cu pânze metalice. In 1901 fuseseră în aceste case 18 cazuri de malarie. In 1902, după apărare, nici un caz nou. La 15 case de control cu 58 locuitori-19 cazuri noui şi în tot satul (300 locuitori), 78 cazuri de paludism faţă de 46 în anul anterior. Rezultatele bune nu erau deci datorite, diminuării naturale a malariei.

Liga corsicană a aplicat şi ea măsuri de apărare mecanică. La vama dela Porto-Vechio fuseseră în 1901, 14 cazuri de malarie din 23 locuitori. In 1902 după apărare, nici un singur caz

In Algeria la gara Alma, Ed. şi Et. Sergent, într'una din localităţile cele mai insalubre, celebră prin hecatombele de coloni şi de soldaţi, au obţinut ca nici una din persoanele protejate să nu contracte friguri.

Kermorgant citează experienţa făcută în Cochinchina‘ de o companie de dragaj, într'o regiune foarte impaludată. Locuitorii protejaţi contra înţepăturii ţînţarilor prin vaste reţele de pânză metalică, au rămas absolut indemni de paludism.

Măsurile de apărare mecanică s'au aplicat în Italia în 1903, pe o scară încă şi mai mare. Din 8.230 persoane protejate în total, cazuri primitive au fost numai la 1.03—7.1% şi recidive la 2.5—42.5%. Pentru a nu extrage decât un exemplu din ţifra aceasta globală, societatea drumurilor de fer a Adriaticei, a aplicat aceste măsuri la 5.610 persoane reducând numărul cazurilor primitive la 1.03%.

La cei 8230 citaţi mai sus, apăraţi prin pânze metalice în 1903, trebue adăogaţi şi 5.000 guarzi financiari, pentru cari direcţiunea vămilor a aplicat acelaşi mod de apărare—cu resultatul c'a redus în proporţie dela 5 la 1 numărul febricitanţilor.

In Corsica în 1903, cu protecţia totală, liga antimalarică a avut resultate excelente (nici un caz de febră primitivă), cu protecţia parţială între 4—10%. La cei fără nici o apărare morbiditatea medie a fost de 47%.

In Algeria, Ed. şi Et. Sergent au întins măsurile aplicate în gara Alma în 1902, la alte 7 gări situate în regiuni foarte malarice. Rezultatele au fost foarte bune. Din 62 persoane protejate, numai 4 s'au îmbolnăvit, ceeace face 6.45%, pe când la cei neprotejaţi numărul cazurilor primitive a fost de 35.2%.

In insula Formosa, Tamura a apărat cu pânze metalice o companie de 115 oameni. Nici un caz primitiv la aceştia, pe când la 646 neapăraţi, 285 cazuri, ceea ce face 45%.

Toate experienţele pe cari le-am citat, arată în mod indubitabil, eficacitatea protecţiei cu pânze metalice, contra înţepăturii ţânţarilor.

Metodul acesta de profilaxie paludică, presintă numeroase avantaje. Aerul şi lumina nu sunt împedicate să pătrundă în locuinţe. Seara să poate luminà fără a închide ferestrele, şi noaptea ferestrele pot fi deschise, ceea ce e un avantaj notabil în climele calde.

Protecţia cu pânze metalice nu împedică numai infectarea oamenilor sănătoşi, dar şi pe cea a anophelilor de la oamenii bolnavi.

Din punctul acesta de vedere, e indispensabil de a apărà cu multă grijă intrarea anophelelor în spitalele şi ambulanţele din ocalităţile palustre.

E însă foarte dificil în majoritatea cazurilor de a obţine o protecţie mecanică absolut complectă.

Persoanele, cari locuesc în casele protejate nu sunt totdeauna suficient de atente. Ele ies noaptea, lasă uşile deschise, nu-şi protejează faţa şi mâinile, când ies după apusul soarelui,etc. De aceea e mai prudent de a reunì într'o localitate paludică, profilaxia chininică cu apărarea mecanică.

Ferrero di Cavallerleone dă rezultatele obţinute comparativ cu apărarea mecanică singură sau reunită cu profilaxia chininică, la trupele din forturile insalubre din împrejurimile Romei. Soldaţii protejaţi mecanic, cari luau în acelaşi timp şi chinină, n'au fost atinşi decât în proporţie de 1.74%, pe când cei cari nu luau chinină, în proporţie de 2.67%.

Mariotti-Bianchi citează şi el exemple în cari protecţia mecanică n'a dat toate rezultatele pe cari trebuià să le deà, de oarece n'a fost aplicată destul de atent. E evident pe de altă parte, că la populaţia rurală, cum sunt ţăranii noştri, cari dorm vara afară, apărarea cu pânze metalice nu se poate aplicà. Poloagele, pe de altă parte, nu se pot generalizà şi nu oferă decât garanţii limitate, de oare ce, în majoritatea cazurilor, nu sunt făcute cu toată grija necesară.

In rezumat, protecţia mecanică cu pânze metalice aplicabilă la funcţionarii Statului la cari această măsură poate fi impusă şi la o populaţie, care dă toată atenţia necesară, nu poate fi o măsură profilactică generală.

IV.

Punctul al treilea din profilaxia paludismului: împedicarea desvoltării ţânţarilor anopheles, dacă s'ar puteà realizà integral' ar da rezultate excelente, de oare ce o localitate fără anopheles' n'ar mai fi o localitate malarică.

Studiul biologiei ţînţarilor, arată că sunt momente în evoluţia lor, în care pot fi mai uşor distruşi. In faza lor larvară, de durată relativ lungă — 15 zile în mijlociu la anopheles — ţânţarii sunt mai accesibili mijloacelor de distrucţie. Reunite în apă, larvele pot fi urmărite mai uşor, decât ţânţarii aripaţi.

Koch, Grassi, Celli, socotesc că e foarte greu să se distrugă ţânţarii chiar sub forma de larve, dintr'o localitate paludică.

După Kerschbaumer, problemul acesta nu e prea dificil, fiind dat modul lor de desvoltare. In studiul complect pe care l'a făcut asupra biologiei larvelor, el ajunge la concluziile următoare:

Ţânţarii au nevoe de prezenţa constantă a apei pentru metamorfozele lor (Larvele nu rezistă la desicaţie mai mult de 10 minute. Rochaz de Jongh şi Bruno Galli-Valerio, au constatat însă, că într'unele cazuri larvele trăesc până la 12 ore. Ouăle sunt mult mai rezistente. Ele suportă desicaţia până la 10 zile, după toţi experimentatorii).

In apa de mare sau într'un amestec de apă dulce şi apă sărată conţinând până la 1.3% de clorur de sodiu, în apele curgătoare, de oarece le împedică nutriţia şi respiraţia, larvele nu pot să trăească.

Larvele nu se desvoltă în apele stătătoare, cu totul curate, fără substanţe organice şi tot aşà de puţin în apele putrede acoperite de lintiţă (lemna) şi la o temperatură mai scăzută decât 12°.

In fine, în ape, lacuri, eleştae, mlaştine, etc., mai adânci de un metru, larvele nu pot trăì, de oarece pentru metamorfozele lor au nevoie să descindă în fundul apei şi cum n'au la începutul desvoltării lor decât 1—3 mm., sunt incapabile să se scufunde la adâncimi prea mari.

Frosch a constatat însă în insula Brioni, pe lacul de acolo, numeroase larve, deşì apa aveà o adâncime de 2^m.6. Schaudinn la Rovigno a făcut aceleaşi constatări.

Anophelii se desvoltă în mlaştine mici (Tümpel), în ape curate limpezi, cu o floră care nu le turbură şi în cari un protozoar flagelat (dinobryon), e forma fundamentală, de unde şi denumirea de ape cu dinobryon. Numai în cazul când nu găseşte ape de felul acesta, anophelul îşi depune ouăle în ape turbure, stagnante, conţinând alge inferioare (chroococus).

Rezultă deci, că în definitiv ţânţarii nu se dezvoltă decât în anumite condiţii şi că au nevoe de ape stătătoare pentru metamorfozele lor.

Măsura cea mai importantă pentru a le împedicà desvoltarea, e supresiunea colecţiunilor de ape stagnante. Exemplele sunt numeroase de localităţi, care altă dată paludice au fost asanate în urma secării bălţilor şi culturii terenului, obţinut după secare. Din contra, sunt regiuni cari au devenit insalubre în urma formării de bălţi şi eleştae. Campania Romană erà altă dată înfloritoare acoperită de vile numeroase şi portul Ostium, azi aşà de malaric, un oraş mare şi prosper, după cum dovedesc ruinele sale impozante. Invazia barbarilor, care a ruinat Roma antică, a transformat agrul roman, într'un vast teren mlăştinos. Facerea de eleştae în Dombes (Franţa), a avut un rezultat identic.

Săparea canalurilor (canalul de Suez, canalul Saint Martin în Paris) provoacă de obicei eclosiunea de febre palustre în urma producerii de depresiuni de teren, în cari apele se adună şi permit desvoltarea anophelilor.

Supresiunea apelor stătătoare reclamă o serie întreagă de măsuri, în descrierea amănunţită a cărora, nu e locul săi ntru aici, Ca primă măsură, se impune regularea cursului râurilor, în scopul de a împedicà inundaţiile în locurile joase, cari transformate în mlaştine ar deveni focare malarice.

Regularea cursului râurilor e unul din problemele technice cele mai dificile şi reclamă o serie de măsuri pe care Celli, le rezumă în modul următor:

1) Plantaţiile pe munţi şi pe coastele colinelor.

2) Aşà zisele „*gradinate*“, înălţări de teren din distanţă în distanţă, care moderează repeziciunea curentului.

3) Trunchiuri de arbori sau obstacole de altă natură, pentru a formà barajuri la cursul apelor.

4) Basine de sedimentare pentru a menţine apa în exces, aşà încât să nu treacă de ţărmuri

5) Regularizarea punctului unde râurile se varsă, pentru a împedicà pătrunderea apelor din locul de vărsare (sistemul Zendrini, prin porţi cu basculă).

Pentru lacuri, cum apele lor suferă oscilaţii, e nevoe ca prin stăvilare şi prin canale de scurgere să se menţină nivelul lor constant, în scopul de a împedicà inundaţiile terenurilor vecine în timpul ploilor mari şi scăderea apei cu transformarea lor în mlaştine în timp de secetă. Lacurile să pot dealtminteri uscà complect. Pentru aceasta, li se dă scurgere dacă panta e suficientă şi să drenează fundul. In acelaşi fel să usucă şi mlaştinele când au o pantă oarecare. In cazul însă când panta nu există, să întrebuinţează pentru uscarea lor maşine idrovore.

Pentru secarea apelor subterane să fac drenuri, canale subterane cu pereţii permeabili, care funcţionează ca centru de atracţie pentru apă.

In regiunile unde sub stratul de argil impermeabil să găseşte un strat permeabil, să întrebuinţează puţurile absorbante. Să perforează în mai multe locuri stratul de argil şi apa să scurge în profunzime.

La noi în ţară opera aceasta de asanare a terenurilor palustre e poate mai greu de realizat decât ori şi unde.

Tăerea nechibzuită a pădurilor face să avem un regim de ape, cât se poate de capricios, cu inundaţii, cari revin aproape constant.

Oprirea cursului râurilor printr'o mulţime de eleştae, de bălţi, de iazuri, neglijarea curăţirii şi destupării şanţurilor din laturile şoselelor, săparea pentru terasamentele căilor ferate de gropi de împrumut, fără înclinaţie pentru scurgerea apei de ploaie, care se adună în ele, crează zilnic focare noi malarice.

In multe comune locuitorii opresc cursul păraelor, aruncând peste apă zăgazuri de băligar, pentru înmulţirea peştelui şi pentru facerea băltoacelor, necesare adăpării vitelor. Să neglijează mult îngrijirea împrejurimii fântânelor, nivelarea stradelor şi drumurilor din interiorul satelor. Locuinţele ţăranilor ocupă adeseori locuri mlaştinoase, joase, deşì în vecinătate se află terenuri ridicate sau coline (Felix).

Opera de apărare a terenurilor palustre e laborioasă şi costisitoare şi nu să va puteà face decât încetul cu încetul.

Examinarea rezultatelor obţinute în Italia, unde 325 milioane vor fi afectate pentru aşà zisele „bonificări" hidraulice (Celli), cu diferitele sisteme de apărare a terenurilor palustre, este criteriul cel mai bun pentru a judecà valoarea lor.

Metodele cele mai întrebuinţate au fost următoarele trei:

1) Facerea de canale de scurgere, pentru localităţile unde panta e suficientă.

2) Secarea terenurilor, când panta nu există.

3) Colmatajul, acoperirea terenurilor mlăştinoase prin aluviunile depuse de râuri.

Primul tip e cel aplicat în maremele pontine şi a dat rezultatele cele mai bune. Inginerul sanitar trebue să observe însă cu deosebită atenţie, canalele laterale, în care apa având curgerea lentă, larvele de ţânţari pot să existe destul de abondente.

Perrone recomandă de aceea să se dea canalelor o dublă secţiune, cea inferioară fiind mai mică, pentru a asigurà apelor o scurgere repede, şi pe de altă parte să se provoace curente de ape în canale pentru a le curăţì de larve, la cel puţin 12—15 zile. In fine să se extirpe ierburile cari facilitează dezvoltarea anophelilor.

Tipul al doilea de secare a terenurilor e cel aplicat la Ostia. Aspiraţia făcută prin pompe, maşini idrovore, turbine, n'a produs însă rezultate tocmai bune. In vecinătatea maşinelor idrovore larvele nu există, pe când în canalurile laterale, numărul lor e mare.

Kerschbaumer să ridică contra secării terenurilor palustre şi recomandă submersia lor permanentă sau periodică, transformarea adică a mlaştinelor în lacuri. Larvele de ţânţari nu să pot dezvoltà în lacurile astfel formate unde apa e relativ mobilă şi limpede. Să ştie că Lancisi (1718) a opus uneia din epidemiile care bântuià, în jurul Romei, inundarea şanţurilor castelului Saint-Ange. Acelaşi sistem a fost întrebuinţat de mai multe ori, cu succes în Olanda

Kerschbaumer, aduce mai multe exemple, ca să dovedească efectele funeste ale secării terenurilor palustre. Cum secarea nu este nici odată complectă şi aceasta din cauză, că ar lovi atunci în interese economice, paludismul departe de a fi înlăturat, e mai de grabă augmentat.

In oraşul Mexico, acum 30 de ani, s'a făcut secarea terenurilor d'imprejur. Pe când până atunci oraşul erà sănătos, malaria a început să bântue dela secarea terenurilor şi cazurile de febră pernicioasă nu sunt acuma rari. Exemplul oraşului Mantua e şi mai convingător. Stăvilarele fluviului Mincio, au împedicat malaria aşà de frecuentă înainte· Când Austriacii au depărtat stăvilarele, din motive strategice (1848), febrele au reapărut. După anexarea la Italia şi restabilirea stăvilarelor malaria a dispărut din nou. Reapariţia în timpul din urmă, e datorită întreţinerii defectoase a stăvilarelor.

Inundarea periodică s'ar puteà face pe albiile rîurilor uscate de secetă. In astfel de rîuri, rămân resturi de ape cari se reînoesc în timpul ploilor, fără însă ca să se restabilească cursul rîului. Reziduurile acestea de ape devin malarigene. Crearea de stăvilare pe cursul rîurilor cu reziduuri de apă malarigenă ar permite ca în timpul secetei să se ţină nivelul apei la o înălţime suficientă şi să se inunde periodic rămăşiţele de apă care au tendinţă să se transforme în smârcuri.

Tipul al treilea, de colmataj, recomandat deja de Leonardo da Vinci in secolul al XV-lea e cel aplicat la Grossetto şi dă rezultatele cele mai puţin bune. Trebue un timp foarte îndelungat până ce colmatajul să se producă.

Bazinurile de sedimentare, canalele de scurgere cu apa foarte puţin mobilă, devin cuiburi de ţânţari. De aceea e indicat de a suspenda din Mai până în Noemvrie colmatajul. Să lasă ca terenul să se usuce şi pe canalele de scurgere fie prin curente de apă, fie prin curăţirea ierburilor să împedică dezvoltarea larvelor.

Afară de aceste 3 tipuri principale, foarte răspândite sunt bonificăriie hidraulice prin drenare. Sistemul acesta ar fi cel mai eficace de oarece printr'o secare regulată a terenului, să ia larvelor ori ce posibilitate de dezvoltare. Drenele trebue însă cercetate foarte des, ca să se vadă dacă sunt în bună stare. In Englitera, în Franţa, în Ungaria ele au dat rezultate excelente.

In definitiv bonificările idraulice, după cercetările noui asupra etiologiei malariei, numai atunci când sunt perfect întreţinute pot aveà efecte bune sanitare. In caz contrariu, ele augmentează mai de grabă condiţiile de dezvoltare ale anophelilor.

Bonificările idraulice intervin însă şi într'altfel, în diminuţia cauzelor de malarie. Prin faptul că restitue agriculturei terenuri mense până aici neutilizate, ele ameliorează starea economică, a populaţiunii şi contribue astfel la diminuţiunea receptivităţii morbide. In Italia unde există 2 milioane de hectare neîntrebuinţate din cauza mlaştinelor, relaţia aceasta între agricultură şi malarie este vizibilă.

In bazinul inferior al Volturnului (Napoli) se pot vedeà efectele economice şi igienice ale bonificării hidraulice prin secarea terenurilor. Venitul general al terenurilor bonificate pe o întindere de 17.594 ectare, a crescut cu 540.515 lei.

Bonificările idraulice nu sunt însă suficiente. Ele trebue să fie însoţite de o cultură intensivă a solului, de oare ce cultura ameliorează salubritatea solului, făcându-l mai permeabil.

Rossi a putut constatà la Fondi şi Monte San-Biaggio o diminuţiune sensibilă a malariei cu toate că anophelii persistă şi aceasta numai, de oarece după bonificările idraulice, au urmat cele agrare, însoţite de fracţionarea terenurilor domeniale.

In paludele Pontine, unde să menţin latifundiile cu cultura extensivă, unde lucrătorii sunt rău adăpostiţi şi rău nutriţi, cu toate bonificările idraulice, paludismul e încă foarte răspândit. Latifundiile şi malaria sunt legate împreună în mod indisolubil (Celli).

Cultura intensivă are un efect util, de oarece prin evaporarea produsă de plante usucă solul. Plantaţiile de eucalipt, de pin maritin, pin silvestru, floarea soarelui, lucrează într'acelaşi mod. Grassi atrage însă atenţia asupra culturilor cari reclamă irigaţii provocând astfel condiţii prielnice pentru dezvoltarea anophelilor. Aşà sunt culturile de orez şi livezile artificiale. Rizierele cu apă curgătoare vor lua deci locul celor cu apă stagnantă, ori de câte ori lucrul va fi posibil. Maceraţiile de in şi cânepă sunt de obicei nocive pentru larvele de anopheles. Acţiunea nocivă nu există însă decât atunci, când maceraţia e în piină activitate. *(Bordoni-Uffreduzzi).* Sunt pe de o altă parte anopheli, cari-şi pot depune ouăle şi în maceraţiile de cânepă *(Rochaz de Jongh, Bruno Galli Valerio).* E preferabil deci de a înlocuì maceraţiile, prin expunerea cânepei la rouă pentru dezagregarea fibrelor, cum să face în Valtelina (Italia).

La noi s'a făcut foarte puţin în ceea ce priveşte asanarea terenurilor palustre şi chiar şi aceste lucrări s'au făcut din motive mai mult economice decât sanitare. Digul dela Chirnogi, pe o întindere de 16 $^1/_2$ kilometrii, contra inundaţiilor Dunărei şi Argeşului, care costă pe Eforie 850.000 lei, e lucrarea cea mai considerabilă de felul acesta. Se dă agriculturii prin acest dig 2.500 hectare teren nou.

Asanarea proectată a Deltei Dunărei între braţele Sf. Gheorghe şi Sulina ar da agriculturii 140.000 hectare.

In diferite judeţe s'au secat câteva bălţi, s'a regulat prin canalizare cursul câtorva pârîuri, etc.

In judeţul Constanţa, împrejurul bălţei de lângă oraşul Megidia să plantează pe fie-care an, 10.000 până la 15.000 sălcii.

Plantarea de sălcii are un efect sigur asupra asanării terenurilor palustre. In Anglia, salcia e întrebuinţată pe o scară întinsă pentru secarea apelor infiltrate în stratele superficiale ale pământului.

Eucaliptul nu rezistă frigului iernelor aspre dela noi (Felix).

Uscarea bălţilor, digurile pentru eleştae şi rîuri, drenarea solului reclamă cheltueli considerabile şi nu să pot executà decât încetul cu încetul. Peste tot însă să pot realizà mici bonificări hidraulice. Astfel să vor uscà mlaştinele mai mici printr'un canal de scurgere într'un rîu vecin sau acoperindu-le cu pământ sau nisip.

Apele de alimentaţie, puţurile, cisternele, oricare alte rezervorii de apă, vor fi dispuse aşa încât să fie absolut inaccesibile pentru ţânţari. Apele murdare, menagere, să vor vărsa în canale, gropi, haznale, acoperite. In haznalele fixe ordinare se vor distruge periodic larvele.

Apele de stropit sau de ploae nu trebue să rămână sub formă de băltoace pe sol, Burlanele dela casă vor avea o înclinare suficientă pentru ca scurgerea apei să se facă repede și în totalitate. Se vor supraveghia în mod special toate rezervoriile în care se adună apa. Lugger a numărat ouăle, larvele, nimfele, care se găsesc într'o putină cu apă de ploae. El a găsit țifre variind între 17.000—19.000. E suficientă deci existența unui asemenea rezervor ca să infecteze o regiune întreagă.

In grădini se va evità ca în basinuri, apa să stagneze. Un „jet d'eau" e de ajuns pentru ca apa fiind mobilă larvele să nu se poată desvoltà.

În felul acesta, fie prin lucrări mari de bonificări idraulice, fie prin măsuri mai mici, se va căutà să se înlăture tot ce poate ajutà la desvoltarea larvelor de țînțari.

Acolo unde nu intervine însă nici agricultorul cu cultura intensivă nici inginerul cu asanarea terenurilor palustre, trebue să intervină medicul igienist, întrebuințând diferite mijloace de distrugere a larvelor.

V.

Mijloacele cele mai variate au fost preconizate pentru distrugerea larvelor. S'a căutat să se utilizeze antagonismul între țînțari și celelalte animale acuatice.

Dejà din 1836, Curtis, observase că sunt pești cari distrug o mare cantitate de larve și de nimfe. Faptul acesta a fost verificat în urmă, în nenumărate rânduri. În America la Stratford în urma rupturii unui dig, apele retrăgându-se, au dat naștere la formațiunea a două eleștae. Într'unul în care se aflau pești, nu s'a observat prezența nici unui țînțar, pe când celalt fără pești îi conțineà în număr enorm.

Howard consiliază să se introducă în apele cari trebuesc epurate mai cu seamă specia, Gasterosteus aculeatus, pește vorace, care se acomodează foarte bine, cu apele stătătoare. Alți pești cum sunt crapii, ciprinii ar puteà fi utilizați într'același fel.

Larvele de triton, mochlonyx, de libelule, în experiențele făcute, s'au văzut că distrug un mare număr de larve de țânțari.

Dacă însă în experienţele de laborator, larvele de culicide dispar în felul acesta, în natură unde toate aceste animale antagoniste găsesc şi alte alimente, rolul lor distructor trebue să fie minim.

Lamborn a provocat o anchetă pentru a aflà dacă libelulele adulte distrug ţânţarii, aşà încât favorizând creşterea lor să se faciliteze dispariţia anofelilor. Rezultatul anchetei a fost contradictor.

După Weeks, Aaron, toate procedeele acestea sunt puţin practice şi au pur şi simplu un interes de curiozitate.

Ţânţarii sunt expuşi la diferite maladii microbiene. Poate că prin culturi de microbi patogeni s'ar puteà ajutà la distrugerea lor. Rochaz de Jongh şi Bruno Galli-Valerio au observat că culturile de bacilus subtilis fac să dispară larvele de culex şi anopheles. Rezultatele însă n'au fost totdeauna precise.

S'a atras atenţia în ultimul timp asupra unui verme (agamomermis culicis) a cărui prezenţă în intestinul ţînţarului ar fi nefastă pentru desvoltarea speţei.

Cel mai bun mijloc de a distruge larvele de ţânţari e de a convărsà în mlaştine sau în rezervoriile de apă, care le pot conţine, o substanţă chimică, care să le împiedice în desvoltarea lor. Numeroase substanţe au fost încercate de Celli Casagrandi şi Tedaldi.

Antisepticele obişnuite. sublimatul, acidul fenic sunt puţin active pentru larve. Doty a găsit că în proporţie de 1/20000 sublimatul n'are nici o acţiune asupra larvelor. Pentru ca să fie eficace antisepticele, ar trebuì să fie întrebuinţate în doze care ar fi periculoase pentru om şi animale.

Permanganatul de potasiu, în apele cu substanţe organice e descompus repede şi nu mai are nici o acţiune.

Laptele de var, prezintă inconvenientul de a se transformà în carbonat de calce insolubil.

Larvele de culicide nu pot trăì în apele cu totul acoperite cu lintiţă (lemna). Centani şi Orta au preconizat ca lintiţa să fie întrebuinţată pentru distrugerea larvelor. Pe lângă că procedeul acesta e puţin practic, el prezintă şi desavantagiul de a împiedicà aeraţia apei şi de a augumentà putrefacţiile.

Din experienţele făcute, rezultă că din toate substanţele încercate, numai trei pot avea o aplicare practică: pulberea de flori de crisanteme, larvicidul și petrolul.

Pulberea de flori de crisanteme de Dalmația în proporție de $0^{gr.},50$ la litru omoară repede larvele. După ce pulberea cade la fund, apa își recapătă limpiditatea și poate fi ingerată de om și animale. Celelalte animale acuatice nu sunt incomodate și acțiunea pulberei e persistentă. Apele rămân mult timp fără larve. (Fermi, Lumbau.) Desavantajul său e însă de a fi relativ scumpă.

Celli recomandă larvicidul (galol impur) vărsat în apă pe care o colorează în galben-roșiatic. Larvicidul lucrează în doză minimă de 0.00031‰ și costul întrebuințării sale ar puteà fi redus la 1—5 centime pentru 10 metri cubi.

Procedeul cel mai practic și eficace e *petrolajul apelor*. Preconizată dejà din 1847 (Magasin pittoresque) metoda aceasta a fost experimentată în mod sistematic în America în 1893 de Aaron și Howard și s'a răspândit de atunci pretutindeni.

Pentru petrolizare se poate întrebuințà sau petrolul brut, sau petrolul rafinat.

Petrolul rafinat are desavantajul de a se evaporà prea repede. Petrolul brut nu e destul de difusibil. Un amestec din amândouă, părți egale, împlinește toate condițiunile (Pressat).

Iarna când evaporația e mai puțin rapidă, se poate reduce la $^{1}/_{3}$ cantitatea de petrol brut.

Lichidul se intinde în strat subțire la suprafața apei, formând astfel o peliculă, pe care larvele și nimfele o întâlnesc, când vin să respire.

Petrolul fuzează prin capilaritate până în trachee și insectele sucombă asfixiate. O cantitate infimă de petrol e suficientă 0 cc. 1—0 cc. 2 pentru metru pătrat. E mai avantagios însă de a întrebuințà cantități mai mari, 10—15 cc. pe metru pătrat pentru a împiedicà astfel o evaporare repede și reînceperea operațiunii la intervale prea apropiate. Petrolizarea se începe primăvara înainte de ecloziunea insectelor. Apele tratate în felul acesta nu mai conțin nici larve, nici nimfe de țânțari.

Peștii, crustaceele, insectele alte decât țânțarii, nu sunt incomodate prin petrolul răspândit la suprafața apei.

La Baku, pe suprafața mărei Caspice există un strat de petrol așà de gros, încât ia câte odată foc. Peștii, moluscele, sunt însă tot aşà de abondente aici ca şi aiurea. Petrolul de alminteri nu se dizolvă în apă, ci rămâne strict limitat la suprafaţa sa.

Fermi, Lumbau au căutat să-i, diminueze volatilitatea amestecându-l cu diferite substanţe. Lanolina, vaselina, au fost experimentate în scopul acesta cu rezultate mediocre. Amestecul cu gudron prezintă avantaje, de oare ce evaporaţia petrolului e mult micşorată.

Cel mai bun mijloc pentru răspândirea petrolului în apă e următorul: Să fixează la extremitatea unei prăjini o cârpă, şi aceasta înmuiată în petrol e plimbată la suprafaţa apei. Petrolul difuzează foarte bine şi cantitatea întrebuinţată, e mult mai mică, decât dacă s'ar vărsà petrolul direct în apă. Se poate întrebuinţà tot aşà de bine, răspândirea şi cu aparate pulverizatoare, etc.

Petrolizarea e bine să se repete odată pe săptămână, deşi în climele calde evaporarea poate fi foarte rapidă 4 — 5 zile. (R. Ross). Cum însă larvele nu se transformă în nimfe mai repede de o săptămână, e inutil de a repetà petrolizarea mai des.

Petrolizarea a fost încercată în diferite localităţi cu succese totdeauna complecte. Voi cità numai câtevà din experienţele făcute.

In 1900 Fermi şi Tonsini la penitenciarul din mica insulă Asinara situată la nordul Sardiniei cu petrolizarea tuturor apelor stagnante şi cu apărarea mecanică cu reţele metalice, n'au avut nici un caz de malarie, pe când în anul precedent fuseseră 99, dintre cari 40 contractate în insulă.

Fermi şi Lumbau la Sassari (Provincia) au experimentat cu acelaşi succes.

Chase în Statele unite la Broocklyn cu petrolizarea, a putut obţine în localitatea unde a experimentat, o diminuţie simţitoare: 12 cazuri numai, faţă de 50 în anii precedenţi, etc.

Experienţele cele mai remarcabile sunt însă cele făcute de şcoala de medicină tropicală, din Liverpool de sub direcţia lui R. Ross, cele din Cuba la Havana şi cele din Izmailia (Egipt).

Ross şi colaboratorii săi pentru asanarea oraşului Freetown (Sierra Leone) a întrebuinţat echipe de lucrători, organizate în mod sistematic (Mosquito-brigades). Pentru Freetown (30.000 locuitori) s'au întrebuinţat 50 lucrători şi 6.500 case au fost asanate. În Lagos, Hong-Kong, insula Staten (lângă New-Iork) campanii identice au fost făcute.

În Lagos campania energică dirijată de Mac Gregor a avut ca efect să scoboare morbiditatea totală malarică dela 1594 cazuri cât erau în 1893, la 970 în 1903. Mortalitatea a diminuat dela 624 la 427. Pentru Europeni, morbiditatea dela 69 la 12 şi mortalitatea dela 12 la 6 cazuri.

In Havana (Cuba) măsurile întrebuinţate de generalul Wood au fost absolut draconiene. S'a practicat în tot oraşul petrolizarea citernelor (Havana se alimentează cu apă de ploae) refacerea canalizări, repavarea stradelor, etc. Oraşul a fost divizat în 8 districte, având fiecare câte un inspector sanitar. Aceştia vizitau în fiecare zi un număr oarecare de case, aşà încât în fiecare lună trebuiau să-şi inspecteze tot cartierul. O echipă de 40 oameni a fost întrebuinţată pentru aplicarea măsurilor în centrul oraşului şi alta de 50 pentru împrejurimi.

Un serviciu de desinfecţiune a fost organizat pentru toate cazurile de febră galbenă. Pânzele metalice au fost aplicate cu mare rigoare şi o jumătate kilo pulbere de piretru să ardea în camerele având 30 — 40 m. c. Camerele astfel tratate, erau deschise numai după trei zile. Cadavrele ţânţarilor erau aruncate în foc. Toate infracţiunile dela aceste măsuri erau pedepsite în mod sever. Culpabilii, să amendau şi în caz de recidivă, li se da închisoare, bastonadă sau chiar muncă silnică. În urma acestor măsuri de o rigoare extremă, febra galbenă care dase în 1896, un număr de 1282 cazuri mortale, dispăruse complect în 1902. Paludismul a diminuat cu $80^0/_0$. In 1904 câtevà cazuri de febră galbenă s'au produs din nou, probabil în urma relaxării măsurilor sanitare.

In Izmailia (Egipt) oraş nou creat de de Lesseps, acum 30 ani în plin desert, în urma introducerii apei Nilului printr'un canal venind dela Cair, a apărut şi paludismul. In 1877 erau dejà 300 cazuri. In 1891, 2.500 cazuri la o populaţie de 6.000 locuitori. In 1901 numărul cazurilor erà aproape tot aşà de mare (2.000). Măsurile energice de profilaxie, aplicate de compania canalului de Suez, (petrolizarea etc.,) sub direcţia lui Pressat au avut ca rezultat o scădere bruscă a numărului paludicilor. In 1903, au fost numai 200 cazuri dintre cari 198 recidive şi numai două cazuri noui.

(Va urma).

LUCRARI ORIGINALE

Dr. G. Proca și dr. V. Vasilescu.

UN PROCEDEU DE COLORAȚIE REPEDE A SPIROCHETEI PALIDE.

Spirochaete pallida (Schaudinn) se poate colorà în 10—15 minute, întrebuințându-se următorul procedeu:

Preparațiunile fixate cu alcool sunt tratate cu baia colorantă a lui Gino de'Rossi într'o concentrație *de zece ori mai mare* decât cea recomandată de acest autor pentru colorarea cililor (¹). Colorantul în compoziția căruia intră 50 gr. acid fenic pur și 40 gr. tanin la 100 *(o sută)* gr. apă, plus fuchsină bazică 2,5 grame dizolvată în 100 cc. de alcool absolut, servă ca mordant. Nu este necesar să se adaoge soluției colorante hidrat de potasiu. Preparatele se țin în coloare 10 minute, se spală cu apă, se usucă și apoi se tratează în timp de 1—5 minute cu o soluție fenicată de violet de gențiană în care intră:

Violet de gențiană, sol. alcoolică conc. . . .	10,0 cc.
Acid fenic.	5,0 cc.
Apă distilată.	100,0 cc.

Se spală cu apă, se usucă și se montează în balsam de Canada sau în uleiu de cedru. Spirochetele apar colorate în violet mai palid sau mai intens, după cum violetul de gențiană a fost ținut mai puțin sau mai mult timp în contact cu preparatul.

Spre a obțineà preparații fără precipitate supărătoare, se cere ca exudatele sau produsele suspecte să fie întinse pe lamă într'un strat cât se poate de subțire și omogen.

(¹) V. *Ueber. die Geisselfärbung in Centralblatt f. Bacteriologie*, Bd. XXXIII, pag. 572.

Dr. G. Z. Petrescu.

TOCIREA DINȚILOR LA OM.

Acest fenomen, destul de frecvent printre țăranii noștrii, prezintă oareșcare interes din diferite puncte de vedere și, cu toate că nu poate să fi scăpat observațiunei medicilor cari practică în cercuri rurale, n'a fost încă semnalat până acum.

Este cert că dinții carnivorelor și mai cu seamă măselele, suferă cu timpul o uzură, fie cât de ușoară, a suprafețelor lor de contact sau a punctelor din acestea, cari sunt mai înălțate. Dar aci este vorba de o tocire pronunțată, interesând toată dentiția și în special incisivii, în așà grad încât coroana este redusă la $^1/_2$ sau $^1/_3$ din înălțimea ei. Asemenea tocire fiind un ce normal la erbivore, nu este de mirare ca ea să se producă și la om atunci când dentiția sa îndeplinește anumite condițiuni obicinuite la acele animale, precum și unele legate de constituția sa proprie, punându-l într'un grad de inferioritate cu totul particular, dar mai ales atunci când la aceste condițiuni se adaogă și un regim exclusiv sau aproape exclusiv vegetarian.

Prima condițiune, acea obicinuită a erbivorelor, de ex. a calului, este coincidența perfectă a coamei incizivilor superiori și inferiori, adică atingerea lor în timpul mestecării. La om, această condiție, legată de un mod special de implantație a dinților sau de o conformație anume a maxilarilor, fără a fi prea rară nu se întâlnește totuși așà de des ca proeminența incisivilor superiori și acoperirea, de către aceștia, a unei părți fie cât de mică din coroana celor inferiori. Insă chiar atunci când această condiție este realizată, poate încă trebue pentru ca tocirea să aibă loc, ca dinții să fie de o constituție mai puțin rezistentă decât normala în genul uman. Aceasta reiese într'adevăr mai mult din observațiunea că, acei oameni cari au incizivii cei mai tociți, au și cele mai întinse stricăciuni ale dentițiunii. Se poate zice că acestea sunt secundare și urmează tocirei în mod fatal. Dar, afară de faptul că măselele în general se tocesc mai târziu și mult mai puțin ca incizivii, a căror lungime originală este mai mare, de cele mai multe ori ele lipsesc aproape toate, sau sunt reduse la bucăţi de coroană şi de rădăcini, fiind mâncate de o carie vremelnică, atunci când tocirea erà încă puţin pronunţată. Şi această lipsă devine natural şi ea o cauză favorizantă de tocire. Apoi faptul bine stabilit că dinţii calului, cari se tocesc cu câte 2—3 mm. pe an, au cu toate acestea o constituţie mult mai solidă decât ai omului, încă nu poate fi opus ideii noastre, căci trebue considerat că timpul global ce-l petrece calul cu masticaţia este incomparabil mai prelung decât ce-i trebue omului, chiar vegetarian, şi suma de travaliu ce, în acest timp, o săvârşeşte animalul, a cărui hrană este mai bogată în celuloză, este forţat şi ea superioară cu mult. Prin urmare, faţă de frecarea ce o suportă dinţii calului, aceea care se petrece la om este cu totul neînsemnată.

Bine-înţeles rolul cauzei eficiente a tocirii, îl joacă, la ţăranii cu asemenea dinţi, tot masticaţia vegetalelor, fie aceasta sub forma de ierburi şi legume crude sau fierte, fie mai ales sub forma de grăunţe măcinate gros, cum este mălaiul ce-l obicinuesc. Pentru a mestecà acestea, de sigur omul execută mişcări laterale şi de propulziune ale maxilarului, mai întinse în regiunea incizivilor decât la unghiurile fălcii, cari sunt aproape fixe: un adevărat supliment de măcinare. Este aşà dar natural ca uzura incizivilor să fie cu atât mai repede şi mai mare, cu cât toată munca va cădeà în sarcina acestora, prin faptul că măselele s'ar aflà în stare rea, sau chiar ar lipsi în mare parte.

In ceace priveşte evoluţia acestei tociri, se observă la om aproape aceleaşi faze ca la cal. Cu timpul forma suprafeţii de frecare a incizivilor, ba ce este mai curios şi a caninilor, se modifică astfel, încât succesiv reprezintă secţiunile la diferite înălţimi ale dinţilor şi în cele din urmă toţi dinţii ajung să prezinte înfăţişarea molarilor. Mai târziu, alveolele relaxându-se, unghiul de incidenţă al incizivilor se ascute prin proeminarea acestor dinţi. Coroana se reduce însă din ce în ce mai mult, deoarece dinţii omului nu se lungesc mereu.

Nu putem da mai bine o descripţie amănunţită a aspectului dentiţiunii în această stare, decât alăturând câteva ilustraţii. Luând mai multe tiparuri de muşcături în turte de ceară semicirculare, am reprodus aci pe cele mai tipice, cari ne dau trei grade de tocire în ordine crescândă. Cel d'intâi tipar este al unei femei de aproape 40 de ani.

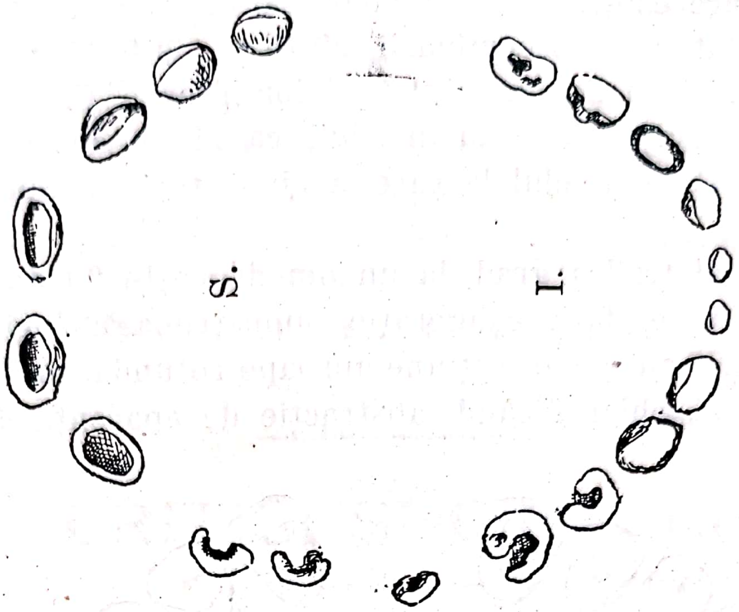


Fig. 1.

Se vede reaua stare în care se află măselele, cele mai multe lipsesc cu totul. Incisivii acì, deşì sunt destul de tociţi, păstrează încă pe suprafaţă de frecare forma coroanei, turtită d'inainte înapoi. Acelaş aspect îl au şi caninii. Ceace izbeşte în această figură, ca şi în cele următoare, este răsfirarea dinţilor şi dezvoltarea lor neobicinuită.

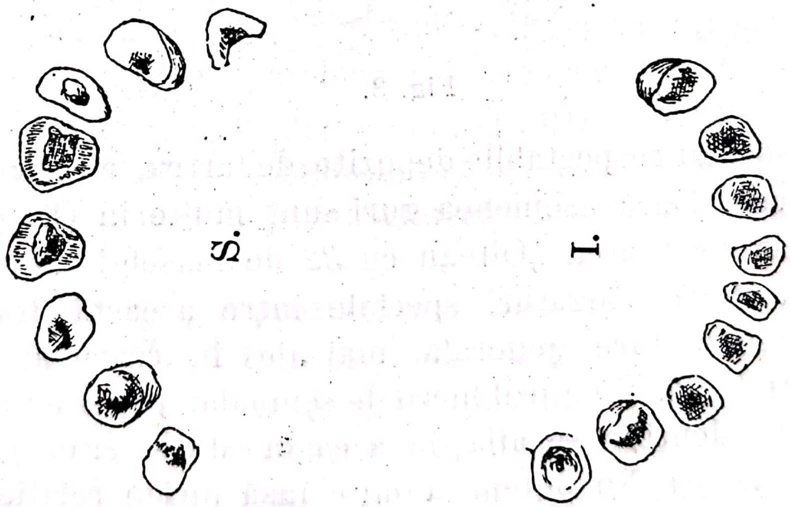


Fig. 2.

In al doilea grad avem un om de 50 de ani, Acesta aproape nu mai are măsele, dar în schimb incizivii lui aduc mai mult cu măsele decât cu dinţi. Diametrul antero-posterior al suprafeții de frecare este acelaș, ba chiar mai mare, ca cel transvers. Aceasta se datorește proeminării dinților, astfel încât tocirea se face mai ales în detrimentul feții lor interne. Caninii se pot confundà tot așa de bine cu incizivii ca și cu măselele mici Se poate constatà nivelul la care a ajuns tocirea, după forma secțiunii lor.

In fine, în al treilea grad, la un om de peste 60 de ani, vedem o dentițiune, fără exagerație, monstruoasă. Incisivii, caninii și molarii au acì o secțiune aproape rotundă, toți sunt plecați în afară și, chiar făcând abstracție de aparența de îngroșare ce le-o dau respectabile depozite de tartru, au încă dimensiuni bunicele. Dacă asemenea guri sunt multe în Oltenia, apoi îndreptățesc zicătoarea „Oltean cu *32* de măsele!“

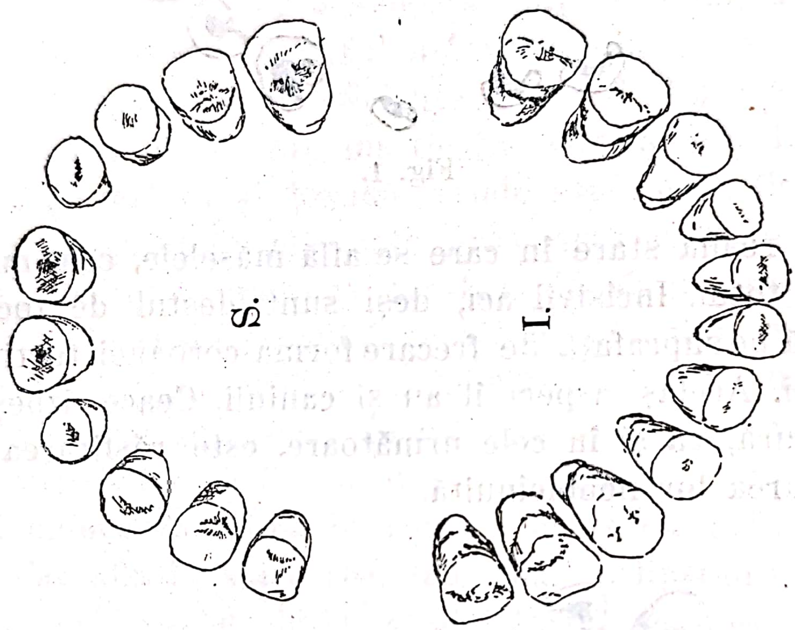


Fig. 3.

N'am putut găsì legături speciale între această diformitate și vre-o anume stare generală, mai ales în ceace ar privì de aproape etiologia. Singurul lucru de semnalat este faptul că toți aceia la cari dentiția se aflà în această stare, erau în acelaș timp și pelagroși. Nu putem admite însă nici o relație de cauză și efect între pelagră și tocire; ambele depind, fără îndoială, de o cauză comună adică alimentația excluziv vegetală, cu mălaiul ca bază. Că dinții tociți contribuesc la compromiterea integrității tubului digestiv și prin urmare la întreținerea pelagrei, aceasta este foarte admisibil.

Dintr'un cu totul alt punct de vedere, anume cel antropologic, se poate încă atribuì oareşcare importanţă figurilor de mai sus. Intr'adevăr este de prevăzut că la dinţi aşa de voluminoşi şi totdeodată răsfiraţi, trebue să corespundă un maxilar dezvoltat, puternic. Şi de fapt aşa este, fălcile unora din indivizii pe cari i-am observat aveau dimensiuni de acromegalie. Se impune aşa dar întrebarea: „Nu fac cumva, aceşti dinţi tociţi, parte dintr'un grup de caractere atavice, de rasă sau de familie“?

CRITICI ŞI CRONICI

Dr. I. Cantacuzino şi **Dr. Al. Slătineanu.**

R. TRIPIER. — Traité d'anatomie pathologique générale.

(Paris, Masson 1905)

D. R. Tripier, profesor la facultatea de medicină din Lyon, a publicat un voluminos tratat de anatomie patologică generală în 1015 pagini. In prima parte studiază generalităţi privitoare la patologie şi la anatomie patologică; partea a doua este consacrată studiului fenomenelor de ipertrofie, de atrofie şi de necroze; a treia cuprinde studiul inflamaţiunii; a patra acela al tumorilor. Cele două din urmă părţi constituesc aproape totalitatea volumului de faţă.

Această publicaţie reprezintă o muncă personală considerabilă; este evident că autorul a căutat să-şi facă, cu cea mai mare sinceritate, o opiniune proprie asupra multor chestiuni de anatomie patologică. Cu toate acestea, îi vom adresà numeroase critici, atât din punctul de vedere al faptelor expuse, cât şi din acela al interpretaţiunii acestor fapte; o asemenea critică ar păreà de prisos, dat fiind, că zilnic apar în literatura medicală tratate mediocre sau superficiale, considerăm însă că lucrarea d-lui Tripier, prin faptul că d-sa nu ţine nici un compt de opiniunile ştiinţifice cele mai serios motivate, şi pe cari le eliminează cu o uimitoare uşurinţă, este caracteristică unei mentalităţi care nu i aparţine lui personal; ba chiar, din unele puncte de vedere, opera lui ar puteà să caracterizeze dacă nu o întreagă generaţie, cel puţin un grup întreg de anatomo-patologi, prinşi între o educaţie de observatori descriptori, astăzi cu totul nesuficientă, şi spiritul experimental modern care singur permite a reconstituì geneza fenomenelor.

Din punctul de vedere al criticei, cartea d-lui Tripier prezintă deci un interes mai general şi vom începe prin a arătà, cu câteva exemple concrete, exactitudinea afirmărilor noastre.

a) Discutând chestiunea multiplicaţiunii celulare, d-l Tripier neagă frecuenţa diviziunii indirecte şi susţine că pretinsele figuri de kariokineză, descrise la vertebratele superioare, sp. ex. în tumorile maligne, nu sunt decât alteraţiuni patologice, producându-se în celule bolnave pe cale de degenerare, pe când diviziunea directă i se pare a fi regula generală. Nimic nu arată în mod mai evident insuficienţa procedeurilor de technică, întrebuinţate de autor; el vorbeşte în mod curent de fixaţiune în alcool, în lichidul lui Müller sau de incluziune în gumă arabică, metode astăzi în adevăr istorice şi cu totul necompatibile cu un studiu citologic precis. Generalitatea fenomenelor de mitoză caracterizate prin remanierea complectă a substanţei cromatice şi prin segmentaţiunea filamentului cromatic, constituesc un fapt azi universalmente recunoscut şi stabilit — nu se pot însă pune în evidenţă decât graţie unei technice perfecţionate, cu atât mai mult, cu cât pierd din simplicitatea lor schematică pe măsură ce trecem dela organismele inferioare la cele mai complexe. Fenomenele de mitosă aşà de lesne de observat într'o celulă vegetală, într'un ou de sepiă sau de salamandră, se pune în evidenţă mai anevoe în micile celule ale mamiferelor. Acì fineţa technică joacă un rol capital. Departe de a fi un fenomen excepţional, precum crede autorul, diviziunea indirectă se observă în mod curent la mamifere în ori-ce epiteliu, normal sau patologic, îndată ce el intră pe cale de multiplicare activă.

b) Nu putem face critica detailată a opiniunii d-lui Tripier relativă la geneza fibrelor conjunctive; semnalăm numai că ea datează dela începutul ştiinţii istologice; formaţiunea acestor fibre prin «concretizarea» lichidului interstiţial, ne aduce înapoi până în timpurile «blastemelor» lui Robin. Ca substanţa fundamentală a ţesutului conjunctiv să se poată formà în mod independent de celulele conjunctive, este azi tot aşà de inadmisibil ca de a admite s. ex. că substanţa osoasă s'ar puteà elaborà în afară de activitatea proprie a osteoblaştilor. De altmintrelea lipsa complectă a simţului vieţii celulare, este poate trăsătura cea mai caracteristică a acestei cărţi.

Cât pentru afirmaţiunea că epiteliurile pot derivà din ţesutul conjunctiv, ea trebue iar explicată printr'o totală insuficienţă de technică istologică.

c) Partea relativă la fenomenele de inflamaţie, este aceea care arată cea mai mare lipsă de preocupaţiuni biologice, totdeodată şi o neluare în seamă aproape complectă a lucrărilor anatomopatologiştiior şi ale biologiştilor moderni. Se poate azi discutà asupra unor detaliuri relative la fenomenele de inflamaţie (cum ar fi s. ex. originea celulelor epitelioide sau a fibro-blastelor); ceea ce însă apare actualmente ca indiscutabil, este faptul că fenomenele inflamatorii reprezintă o reacţie a organizmului, a cărui agenţi sunt celulele de origină mezenchimatoasă, având drept rezultat eliminarea, rezorbirea sau imobilizarea (închistarea) elementelor străine de orice origină ar fi (corpuri străine de tot felul, celule, microbi sau chiar substanţe solubile iritante sau toxice), fie că aceste fenomene sunt opera exclusivă a celulelor migratorii, fie că o parte din ele să fie datorite activităţii endoteliurilor vasculare sau iperplaziei ţesutului conjunctiv. Acì, d-l Tripier pare a ignorà lucrările aşà de minuţioase ale lui Marchand şi ale şcoalei lui. Singurul fapt, s. ex., de a considerà drept fenomen inflamator, iperplazia epidermică care constitue leziunea banală numită bătătură, indică din partea autorului o ciudată concepţie biologìcă.

Cât pentru discuţia care o face d-l Tripier asupra fenomenelor de fagocitoză, ea arată la el o surprinzătoare ignoranţă a unor fenomene aşà de generale şi de bine stabilite. Se poate discutà astăzi asupra importanţei de atribuit acestor fenomene precum şi asupra limitei rolului lor, în ceea ce priveşte apărarea organismului. Insă ceea ce nu se poate absolut negà este însăşi existenţa lor (pe care o neagă autorul ca fiind productul unei imaginaţiuni de metafizician), precum şi marele rol pe care îl îndeplinesc aceste fenomene în procesele de rezorbţie celulară sau microbienă. Aicea, mai ales, reese în mod evident cât sunt de nedispensabile anatomo-patologiştilor noţiunile elementare de biologie; nu este zoologist astăzi care să nu ştie că digestiunea intracelulară, adică fagocitoza, reprezintă la organismele inferioare singurul mod de digestiune intestinală, că la nevertebrate precum şi la multe vertebrate, organele larvare care nu mai servă la adult, dispar fiind dislocate, absorbite şi resorbite de către fagocitele animalului (istoliza larvară la insecte, dispariţia coadei la embrioni de tunicieri, etc.), că la vertebratele adulte o mulţime de celule, în tot timpul vieţii, sunt rezorbite în interiorul celulelor mezodermice (distrugerea globulilor roşii în macrofagii splinei, etc.). Aceste fenomene sunt generale în întreaga serie animală; ele constituesc o vastă funcţie a căruia cunoştinţă o datorim, în mare parte, genialelor cercetări ale lui Metchnikoff; ele reprezintă o reacţie activă din partea celulelor şi putem relevà aci cât este de simplistă concepţiunea unui autor care pretinde că granulaţiuni *solide* pot intrà prin *osmosă (!!)* într'o celulă, ca şi cum un corp solid inert ar puteà strabate prin o membrană, atuncea când, în practica laboratorilor, membranele dializante servă tocmai pentru a opri trecerea corpurilor solide, chiar şi a acelora în stare coloidală. Nimic nu este mai lesne de urmărit la microscop, chiar în mod direct, într'o picătură pendentă, ca inglobarea microbilor de către celulele mobile; toate transformările pe cari le încearcă microbii în interiorul leucociţilor până la complecta lor distrugere (transformaţiune în granuli, transformaţiune eozinofilă, etc.), au fost urmărite în mod aşà de minuţios, încât termenul de *ipoteză* întrebuinţat de autor cu această ocazie (P. 129). şi fiind dat tonul de sinceritate al întregii scrieri, nu poate proveni decât din faptul că d-sa n'a fost în stare să le vază, probabil graţie insuficienţei technicei întrebuinţate.

Autorul merge aşà de departe în ardoarea sa reacţionară, încât la un moment dat (P. 445) pare chiar a pune la îndoială realitatea mişcărilor active ale celulelor, aşà dar logiceşte, fenomenul banal al diapedezei ar trebui considerat ca rezultând din transportarea mecanică a leucociţilor.—Aceste câteva exemple caracterizează în mod suficient întregul capitol şi nu vom insistà mai mult.

d) Unul din capitolele relative la inflamaţie unde se observă mai bine lacunele semnalate mai sus, este acele al tuberculozei.

In tuberculoză, toate fenomenele de inflamaţie stau sub dependenţa biologiei aşà de particulară a bacilului tuberculos; prezenţa unui carapace de ceară, care-i dă o mare rezistenţă faţă de acţiunea digestivă a diaztaselor celulare, apoi elaborarea unor diastaze necrotizante cari produc cazeificarea celulelor gigante. Toată fizionomia tuberculozei se explică deci prin particularităţile bacilului lui Koch. Or, preocupaţiunile de microbiologie sunt aşà de străine autorului încât el explică, spre ex., cazeificarea, nu printr'o acţiune de diastază bacteriană aşà de evidentă, astăzi ci printr'o necroză consecutivă pur şi simplu, obliteraţiunii vaselor, o necroză prin ischemie. Intreaga tuberculoză peritoneală prin inoculări directe în peritoneu, ar devenì inexplicabilă, şi nu se vede pentru ce emboliele produse prin injecţiunea intravasculară de prafuri inerte nici o dată nu determină cazeificarea teritoriului ischemiat. Simţul modului de acţiune a microbilor lipseşte autorului complect.

Semnălăm aicea că autorul după ce a combătut teoria lui Baumgarten, de altmintrelea astăzi părăsită de aproape totalitatea anatomo-patologiştilor, relativ la geneza tuberculului, propune o teorie care, în fond nu este alta decât aceea a lui Baumgarten dusă la extrem, de oarece el admite că chiar celulele nervoase pot luà parte la formarea celulelor epitelioide (P. 505).

e) Capitolul relativ la tumori este mai conform cu datele actuale ale ştiinţei. Lumina experimentaţiunii aproape că n'a pătruns încă în domeniul tumorilor; ignorăm, aproape tot despre etiologia lor şi firul conductor ne lipseşte pentru a le puteà interpretà.—Astăzi, ştiinţa tumorilor se află încă în faza ei pur descriptivă iar autorul se simte acì în elementul său. Nu vom revenì asupra celor spuse mai sus relativ la neexistenţa fenomenelor de karyokineză, în epiteliome.

In scrierea profesorului Tripier sunt erori de fapte şi erori de interpretaţiune. Erorile de fapte se explică în mare parte prin insuficienţa mijloacelor technice întrebuinţate de el, apoi prin lipsa complectă de importanţă atribuită lucrărilor altora; acest dispreţ se manifestă prin faptul că lucrarea nu conţine o singură indicaţiune bibliografică, lacună incompatibilă cu o critică sănătoasă şi cinstită. Cât pentru caracterul rudimentar al technicei întrebuinţate, el singur poate explicà unele afirmaţiuni ale autorului cum este sp. ex. transformarea în interiorul pustulei variolice, a celulelor de puroiu în celule epidermice şi viceversa (!! P. 392). Lamentabila mizerie a technicei microscopice ca izvor de eroare reiese încă din examenul figurilor cari ilustrează cartea. Cunoştinţa amănunţită şi exactă a relaţiunilor ce se stabilesc între microbi şi organisme nu poate rezultà decât din întrebuinţarea sistematică a obiectivelor cu imersie; iar figurile menite a le pune în evidenţă, nu pot fi de cât reprezentaţiuni citologice, pe când tablourile panoramice zugrăvite de autor drept figuri microscopice, nu sunt de nici o utilitate (a se vedeà mai ales planşele figurate la p. 214, 215, 399, 522, etc.).

Pe lângă acestea, cartea prezintă pentru noi un interes general fiindcă ne arată: 1⁰) Insuficienţa totală a unei anatomii patologice bazate pe simpla descriere a tablourilor microscopice observate; 2⁰) Neapărata trebuinţă pentru anatomo-patolog să fie un biologist înzestrat cu o cultură biologică cât mai generală. In lipsa acestea, el se va înşelà mereu în interpretarea faptelor.

O leziune anatomo-patologică dejà constituită prezintă un aspect microscopic aşà de complicat încât toate interpretaţiunile despre geneza ei sunt posibile. Dovada este sp. ex. interpretaţiunile aşà de diverse şi de contradictorii, ce au fost date relativ la originea celulelor gigante în granulomele tuberculoase. Graţie experimentaţiunii la animale din contra putem urmărì pas cu pas formaţiunea lor. Numai experimentaţiunea a permis rezolvirea acestei probleme; or această manie descriptivă, această repugnanţă faţă de experimentaţiunea introdusă în anatomo-patologie caracterizează, împreună cu d-l Tripier, aproape întreaga generaţie de anatomo-patologi descriptori cari, prin educaţiunea lor, nu s'au putut liberà de metodele, necesarii în vremea lor, stabilite de către fondatorii anatomiei patologice moderne. Uvragiul de faţă corespunde, din acest punct de vedere, cu o mentalitate destul de frecuentă.

Pe de altă parte, anatomo-patologul nu va ajunge la înţelegerea faptelor observate dacă n'are o bună educaţie de biolog. Fenomenele patologice nu diferă esenţialmente de fenomenele fiziologice, ce se produc în stare normală; de mult, Claude Bernard a luptat pentru stabilirea acestei concepţiuni, care astăzi ne apare ca evidentă şi însuşi autorul, o susţine în prefaţa sa; iar fenomenele de reacţiune celulară în organismul bolnav nu sunt decât cazuri particulare a unor forme de activitate normală a celulelor. Singura cunoştinţă a biologiei celulare normale, nu numai la om ci în întreaga serie a vieţuitoarelor, face deci posibilă o apreciere sănătoasă a fenomenelor celulare observate în patologie. Or, cu toate afirmările din prefaţă, lipsa acestei noţiuni este poate una din trăsăturile psichologice cele mai caracteristice ale tratatului d-lui Tripier. Ideea că o celulă se poate mişcà, sp. ex., şi că, până la un punct oarecare, ea poate trăì ca un element independent, îi pare o concepţiune aproape caraghioasă: căci contemplaţiunea exclusivă a tablourilor microscopice în secţiuni substitue, pe nesimţite, în spiritul anatomo-patologiştilor descriptori, noţiunii de activitate proprie a celulei, aceea de inerţie celulară; privirea neîncetată a scheletului face să se piarză din vedere însuşi organismul viu.

Să semnalăm în fine lipsa aproape complectă în acest tractat de noţiuni de microbiologie; de a afirmà că studiul anatomiei patologice este astăzi inseparabil de acela al microbiologiei, a devenit o banalitate şi nu vom insistà.

N'am relevat în prezentul articol decât părţile criticabile ale uvragiului d-lui Tripier; aceasta nu însemnează că el nu conţine şi o mulţime de părţi descriptive bune; scopul nostru a fost mai mult să studiem această scriere ca fiind manifestaţia unui fenomen care, de altmintrelea, se observă astăzi în cele mai diverse forme de activitate socială; starea psichică a unui individ incapabil de a-şi liberà gândirea de formele, cari au modelat-o, imobilizat în unele metode incompatibile cu cerinţele moderne, neconştient de insuficienţa noţiunilor, pe care le posedă, plin de încredere în sine, şi rătăcit ca un orb faţă de necesităţile vieţei actuale.

Poate însă, că critica noastră n'ar fi fost aşà de aspră, dacă n'am fi fost izbiţi de tonul de suficienţă, care domneşte peste toată scrierea de faţă. Modul dispreţuitor cum se exprimă autorul, în mai multe rânduri, asupra unor lucrări universalmente apreciate, numai fiindcă a fost incapabil să le controleze, este deseori de nesuferit: „Il nous a été impossible de constater la „réalité de beaucoup de phénomènes considérés comme des plus „essentiels, puisqu'ils servent de base aux idées qui ont généralement cours. Celles-ci, dès lors, nous ont paru reposer sur

„des vues plutôt théoriques.“ Astfel se exprimă autorul în prefaţa sa.

Acest sentiment ipertrofic şi destul de ridicol al personalităţii sale, nu este de altmintrelea nici el un fenomen izolat în lumea ştiinţifică. S'ar găsi lesne, şi la alţii, exemple analoage, şi din acest punct de vedere lucrarea d-lui Tripier are pentru noi o valoare simbolică.

FAPTE CLINICE

Prof. Th. Jonnescu şi **Dr. Fr. I. Rainer**

PROFESOR DE CLINICĂ CHIRURGICALĂ
ŞI DE ANATOMIE TOPOGRAFICĂ
LA FACULTATEA DIN BUCUREŞTI

ŞEFUL LABORATORULUI MEDICAL
LA SPITALUL COLŢEA

Splenomegalie palustră. — Infecţie latentă cu plasmodium vivax.—Splenectomie.—Accese de febră palustră după intervenţie.

In ziua de 12 Martie 1901, intră în serviciul al II chirurgical dela spitalul Colţea, bolnavul Ştefan Nacu, în etate de 23 de ani. Nimic important în antecedentele ereditare şi colaterale ale pacientului. De profesiune grădinar, sunt 8—9 ani de când îşi duce viaţa în localităţi băltoase, unde, după declaraţia sa, majoritatea conlocuitorilor săi suferă de friguri în fiecare vară şi toamnă. El însuşi, mai ales în anii din urmă, a fost atins de accese tipice de febră palustră în fiecare toamnă; boala sa aveà o durată de 2—3 săptămâni şi dispăreà regulat în urma tratamentului cu sulfat de chinină. Acum un an şi jumătate a suferit, ne spune el, timp de o lună de o boală caracterizată prin febră continuă cu exasperaţiuni nocturne, o stare de prostraţie însemnată, dureri musculare şi mai ales abdominale, anorexie, cefalalgie şi chiar delir.

Câtevà luni după aceasta începe să simtă oarecare greutate în hipocondrul stâng. Sensaţia e persistentă şi se întovărăşeşte şi cu fenomene din partea stomacului: balonare după mâncare, pirozis, pituite matinale, greaţă, scăderea poftei de mâncare, câte odată ameţeală, cefalalgie şi din când în când dureri violente în regiunea epigastrică, care uneori se exacerbează după mâncare, alteori din contră scad. Senzaţia de apăsare în hipocondrul stâng creşte din ce în ce mai mult.

Astă-toamnă, bolnavul, ca de obicei, începe a aveà accese de febră intermitentă: accese tipice, cu cele trei stadii de frison, căldură, sudoare. In prima lună tipul lor pare să fi fost cotidian, pe urmă ele au luat tipul terţ; în mod destul de regulat începeau către seară. Cu tot tratamentul chininic, aplicat bine înţeles în mod cu totul neregulat, accesele continuară toată iarna, devenind însă mai rare şi nu dispărură decât pe la jumătatea lunei Februarie. Aceste accese, însoţite de tot cortegiul turburărilor cunoscute în infecţia palustră de o durată mai lungă, turburări care persistă încă şi dintre cari vom relevà desele epistaxisuri abundente, au determinat o stare de slăbiciune progresivă. In timpul acesta sensaţiile morbide în regiunea hipocondrului stâng devin tot mai însemnate; apar dureri dese şi uneori foarte violente în urma celor mai mici oboseli, exasperate în timpul acceselor de friguri. In fine, sunt 4 luni de când pacientul a observat existenţa unei tumori în această regiune, tumoare care încet-încet s'a mărit sub ochii lui. Din când în când dureri spontanee, destul de violente, în această regiune.

Pacientul mai este şi purtătorul unei hernii inguinale oblice-externe drepte, apărută acum 2 ani şi care actualmente se află în faza de oscheocel funicular.

Starea prezentă. Pacientul bine constituit, însă slăbit. Nimic anormal la aparatul circulator şi respirator. Marginea inferioară a ficatului se simte subt coastele falşe. Hipocondrul stâng ocupat de o tumoare solidă, dureroasă la palpaţie, netedă, foarte puţin deplasabilă şi care urmează mişcările diafragmului în inpiraţie. Marginea inferioară a tumorei e netedă; ea se scoboară până la nivelul ombilicului. In sus matitatea tumorei se ridică până la a 7-a coastă; înălţimea ei în linia mamilară stângă e de 20 cm. Inainte tumoarea, se întinde până la linia mediană. Inapoi, matitatea ei se ridică până în dreptul apofizei spinoase a celei de a 9-a dorsală, iar în jos se confundă cu matitatea lombară.

Luni, 17 Martie. Se face un examen microscopic al sângelui obţinut prin înţepătura degetului: Globule roşii 3.700.000, albe 13.200. *Se găsesc în preparaţiile colorate forme mari, pigmentate de hermatozoari, care se găsesc şi extraglobulari,* câţivà pe fiecare lamelă.

Marţi, 18 Martie. Se repetă examenul sângelui în privinţa hematozoarului, cu rezultat pozitiv.

Miercuri, 19 Martie. Nou examen pozitiv. Paraziţii persistă în număr mic. Preparaţiile nu s'au păstrat.

Dela 18 Martie s'a început a se luà temperatura la intervale apropiate. Nu s'a surprins nici o ascensiune termică.

Sâmbătă, 22 Martie. Operaţie: Laparotomie supraombilicală. Exteriorizarea splinei, după ce mai întâi s'au rupt cu mâna unele aderenţe. Din cauza aderenţelor la partea superioară şi externă se rupe o porţiune mică chiar din splină. Pediculizarea relativ facilă; a vaselor scurte mai anevoioasă ele fiind retractate; legătura lor se face cu catgut No. 2, luându-se separat fiecare pachet. Controlarea cavităţii şi uscarea lojei splenice, în care din cauza rupturei semnalate mai sus, se acumulase o cantitate oarecare de chiaguri de sânge. Cavitatea abdominală se închide prin fire de argint; plaga abdominală fiind foarte vascularizată şi dând mult sânge, se aplică la partea ei superioară o sutură în masă, cu catgut.

Din splina extirpată, imediat se iea sânge pentru examenul microscopic. In preparaţiile colorate după Romanowsky se constată existenţa unui număr de hematozoari mari, pigmentaţi, unii extraglobulari, cu puţină substanţă cromatinică. Formula leucocitară à sângelui ce se scurge din splină e următoarea:

Polinucleare neutrofile . . .	58,5%
„ eozinofile . . .	1,0%
Mononucleare mari	22,0%
Limfocite	16,1%
Forme de tranziţie	2,5%

Câte o celulă splenică cu nucleul mare, mugurit. Globulele roşii f. inegale; degenerescenţă policromatofilă frecuentă.

Splina exstirpată, examinată de Dr. Bruckner, cântăreşte 1800 g.; lungimea ei e de 27 cm., lăţimea de 18 cm., grosimea de 5—6 cm. Pe faţa ei externă o placă de perisplenită, mare cât podul palmei, albă-sidefie, lucioasă, groasă de 2—3 mm. La secțiune, pulpa consistentă, roșie-brună, se rade dificil. Foliculii lui **Malpighi** foarte aparenți, mari de 2 — 3 mm., albi-grizatri; în zona corespunzătoare perisplenitei și până la o profunzime de aproape 3 cm., foliculii nu mai sunt vizibili. Culturile din splină n'au dat nimic.

După operație pacientul revine ușor; are în timpul zilei o singură vărsătură. Acuză dureri destul de violente în abdomen. Urinează în mod spontaneu. Cantitatea de urină 800 cm³. Noaptea agitată; nu prezintă nici un fenomen peritoneal.

24 Martie. Peste zi liniștit. Noaptea doarme. Urina în cantitate de 900 cm³. Se administrează 0 g.,50 de chinină. Temperatura normală.

25 Martie. Urina în cantitate de 600 cm³. Bolnavul a avut un scaun. S'a administrat un gram de chinină. La ora 5 după masă temperatura se ridică la 38^6, la orele 6 la 39^2; la 10 noaptea sudori, temperatura 37^0. Noaptea liniștită. S'a dat chinină.

26 Martie. Temperatura 36^6, respirația 24. Urina în cantitate de 600 cm³. Tensiunea arterială 19. Pacientul nu acuză nici un fenomen patologic. Preparații din sânge colorate cu albastrul lui **Löffler** și cu eozină arată hematozoari destul de rari: forme mari, rotunde, intens pigmentate, unele libere. Temp. normală.

30 Martie. Urina în cantitate de 450 cm³. Temp. normală.

1 Aprilie. Urina în cantitate de 600 cm³. Temperatura 37^0. Respirația 20. Pulsul 57. Nici o durere. Noaptea liniștită. Scaune abundente. Temp. normală.

2 Aprilie. Urină în cantitate de 500 cm³. Temp. normală.

3 Aprilie. Urina în cantitate de 600 cm³. Se scot firele de argint și cele de setolină. Reunire per primam intentionem. Temp. normală.

De aici până la 16 Aprilie nimic de relevat.

16 Aprilie. Un acces tipic de febră intermitentă cu o durată dela $12^1/_2$ — $5^1/_2$ p.m.

17 Aprilie. Un nou acces de febră intermitentă cu o durată de 3 ore, dela 3—6 p.m.

18 Aprilie. Un nou acces de febră. A început la orele 10 a. m. și a ținut până seara târziu. La orele 8 seara, stadiul de frig nu încetase încă, frisonul foarte puternic; se injectează subcutanat 40 de centigrame de clorhidrosulfat de chinină.

O oră după începutul accesului, la orele 11 a. m. se iea sânge pentru examen. Lamele, colorate cu Romanowsky, arată un număr foarte mare de paraziţi, nu rareori 6, 7 într'un câmp; toate fazele dezvoltării endogene, sunt bine reprezentate. Formele cele mai tinere apar, de obicei aproape de marginea globulului roşiu, ca nişte pete circulare colorate intens în albastru închis cu o nuanţă liliachie; delimitarea lor e foarte netă; rar se găsesc 2 în acelaşi eritrocit. De regulă ele prezintă un punct incolor, excentric cele mai deseori. Găsim toate formele necesare pentru o tranziţie convingătoare dela aceste pete la inelele clasice. Intr'adevăr, în jurul multora din aceste pete găsim şi protoplasmă. Cât timp cantitatea acestei protoplasme e minimală, d'abià perceptibilă, atât timp şi coloraţia petei rămâne sensibil cea semnalată mai sus. Unde însă cantitatea de protoplasmă e puţin mai mare, culoarea petei, nucleului, iea nuanţa roşie-liliachie, pe care o dă substanţei cromatinice coloraţia lui Romanowsky. Această schimbare de culoare se face în mod gradat, aproape ca un viraj. Poate că culoarea parazitului, intra-globular, celui mai tânăr, se datoreşte *condensării* păturii de protoplasmă albastră, care înconjoară cromatina roşie-violetă. Inelele există în toate mărimile, unele cu 2 puncte cromatinice, altele cu grăuntele cromatinic în *interiorul* inelului şi înconjurat cu o zonă acromatică (după Ruge gameţi tineri). Foarte mulţi schizonţi cari se pregătesc de diviziune, unii cu dispoziţii caracteristice ale bastonaşelor de cromatină, care amintesc în mod viu figuri ale cariochinezei clasice. Numeroşi schizonţi cu diviziunea terminată, cu 15—20 merozoiţi. Pigmentul apare de timpuriu şi se strânge în cantitate mare. Infăţişarea sa (grăunţe fine, grăunţe grosolane, bastonaşe), culoarea sa (brună negricioasă, brună cu reflex verzui) sunt variabile după faza parasitului. Există şi gameţi, identificaţi mai ales după modul cum se înfăţişează substanţa cromatinică.

Globulele roşii au suferit alteraţiunile cunoscute în infecţia cu plasmodium vivax. Punctaţia lui Schüffner-Ruge există.

In fine semnalăm existenţa, destul de rară, a unor forme de degenerescenţă, schizonţi în cari nu se mai decelează aproape de loc, ori chiar de loc, substanţa cromatinică.

19 Aprilie. Pacientul n'a dormit aproape de loc, se simte rău. La orele 12 $^1/_2$ p. m. se injectează încă 40 de centigrame de

clorhidrosulfat de chinină. La orele 3 1/2 p. m. începe un nou acces. La orele 4 1/4 se ia sânge pentru examenul microscopic, temperatura e de 39^7.

Paraziţii mult mai puţini ca în ziua precedentă, dar încă numeroşi. Cei mai mulţi paraziţi sunt schizonţi mari. cu semnele cunoscute de degenerescenţă (mai ales cele descrise de Romanowsky, de Schaudinn) în urma chininei, fără pigment. Formele tinere, petele descrise mai sus, inelele mici, nu par atinse câtuşi de puţin, de asemenea exemplarele destul de rare, care se află în schizogonie, fie ea chiar cu totul sfârşită, cu mezozoitele pe deplin individualizate şi distanţiate unele de altele. Să notăm că în imprejurarea aceasta n'am găsit schizogonii cari să fi dat naştere la un număr mai mare de merozoite decât 13. Gameţi n'am văzut. Pigment nu se găseşte decât în formele care se află în schizogonie înaintată.

20 Aprilie. Două injecţiuni de câte 40 centigrame de clorhidrosulfat de chinină. Bolnavul rămâne apiretic de aci înainte

23 Aprilie. Examenul sângelui nu mai dovedeşte prezenţa hematozoarului.

11 Mai. Starea generală bună, greutatea corpului augmentată. Se congediază.

Observaţiunea de faţă are valoarea unui document experimental. Ea se poate alătură în totul experienţelor, de pildă, ale lui Soudakéwitch asupra evoluţiei febrei recurente la maimuţe infectate şi splenectomizate.

Se vede intr'ânsa că hematozoarul, în specie plasmodium vivax, care înainte de extirpaţia splinei există în număr mic în sângele circulaţiei generale şi al splinei, —*fără a da accese de friguri*— s'a înmulţit după operaţie, determinând cu 25 de zile în urma ei un şir de accese de o violenţă crescândă şi cu un număr foarte mare de paraziţi în sânge. Poate că şi ascensiunea termică din ziua de 25 Martie, trei zile după operaţie, a fost datorită unei prime pululaţii a parasitului, puţin însemnate şi care nu s'a mai repetat imediat, din cauza chininei administrate atunci.

Incontestabil că trebue lămurit rolul pe care poate să-l fi avut intervenţia chirurgicală în sine; nu-i mai puţin adevărat însă, că observaţia relatată constitue, pe cât ştim noi, *primul document experimental* în chestia înrîurirei, pe care o are splenectomia asupra evoluţiunii unei infecţiuni *la om* (1).

Dr. A. Slatineanu.

TRATAMENTUL LUPUSULUI PRIN TUBERCULINA

In urma descoperirii tuberculinii de către R. Koch (1891), în toate părţile lumei s'a întrebuinţat această substanţă în scop curativ. Cum însă, din cauza puţinei preciziuni a comunicaţiei lui Koch, întrebuinţarea ei nu fusese reglementată, rezultatele fură dezastroase, aşà în cât fù abandonată în scurt timp. In toate părţile lumii, afară de Germania şi Elveţia, tuberculina nu mai fù întrebuinţată decât ca un preţios metod de diagnostic. (Şi această întrebuinţare limitată mai mult la necesităţi veterinare decât medicale).

In Germania, din contră, întrebuinţarea tuberculinii ca metod curativ se întinse foarte mult. In toate sanatoriile germane — la Belzig ca şi la Davos (Elveţia), — tuberculina veche ca şi cea nouă (emulsii de bacili vii sdrobiţi), se întrebuinţează, şi după datele statistice, dau rezultate bune. Doritori de a aveà o experienţă personală am instituit şi noi tratamentul cu tuberculina veche asupra unui cas de Lupus rebel. Tratamentul a fost instituit după o prealabilă avertizare și a fost făcut cu consimțimântul bolnavului (¹).

---

(1) Observaţia lui E. Cetnarowski (Cracovia), publicată în *Przegladekarski* 1903, No. 19, referată în Folia haematologica 1904, No. 1, de unde o cunosc, precum şi interesantul caz al lui R. D. Saigol, publicat în *Indian medical Gazette*, Nov. 1903, referat de asemenea în Folia haematologica, 1904, No. 10, nu se pot alătură cazului nostru. Primul a găsit plasmodii în sângele unui splenectomizat, trei săptămâni după operaţie — fără febră.— Tratamentul cu chinină n'a provocat dispariţia hematozoarilor (?) nici după 2 luni, deşi nu existau semiluni. Referatul nu conţine amănunte asupra tratamentului.— Autorul englez, la necropsia unui soldat în vârstă de 24 de ani, mort de malaria, a găsit absenţa congenitală totală a splinei. Noi înşi-ne am avut ocazia să observăm accese de friguri, vindecate cu chinină, datorite lui plasmodium vivax, la un bolnav tânăr, splenectomizat cu un an înainte de unul din noi (Prof. Ionnescu).

Observație. (Luată de Enescu Moise internul serviciului).

In ziua de 28 Ianuarie 1905, bolnavul C. D., în vârstă de 19 ani, din jud. Prahova, comuna Călinești, de profesiune plugar, a fost primit în serviciul d-lui dr. Urlățianu (căruia nu-i putem îndestul mulțumì de extrema-i amabilitate).

Boala, pentru care intră în serviciu, a început acum 8 ani, printr'o mică bubuliță, care a apărut pe aripa stângă a nasului, la început nedureroasă, producând ușoare mâncărimi care forțau pe bolnav să o rupă. Incetul cu încetul s'a format o mică ulcerație acoperită de o crustă gălbue, care s'a întins pe dosul nasului, a ocupat și aripa dreaptă și a pătruns și în interiorul narinelor. Ulcerația creșteà din ce în ce, erà puțin dureroasă și sângerà, când se ridicà crustele. După 5 ani dela debutul boalei, bolnavul intră în serviciul d-lui prof. Petrini-Galatz cu o ulcerație, care ocupà dosul și aripele nasului, o parte din narine, din despărțitura vomeriană și buza superioară. Bolnavul stă în serviciu 2 luni și jumătate, în timpul acesta i se fac scarificații, se curăță ulcerația cu lingura lui Volkmann și i se ridică totdeodată o parte din narine, din despărțitoare și din lobul, țesut infiltrat de tuberculi. După 2 luni și jumătate e congediat, aproape vindecat, mai având numai o mică ulcerație pe lobulul nasului. După o lună ulcerațiunea a inceput să crească și în timp de 3 ani a depășit cu mult limitele anterioare.

Din antecedentele hereditare ale bolnavului, știm că părinții i-au murit: tatăl în vârstă de 50 ani de o boală acută care a ținut o săptămână, mama la vârsta de 48 probabil de o angină de pept. A avut 3 frați, cari au murit de mici, (cauză necunoscută) și mai are 2 frați și o soră, sănătoși.

Din trecutul patologic al bolnavului notăm: în copilărie pojar, la 8 ani febră palustră (accese), la 14 ani febră tifoidă, care a ținut 2 luni. N'a avut boale venerice. La 9 ani a avut o ul-

---

(¹) La întrebuințarea tuberculinei trebue să fim foarte prudenți. Să ne aducem aminte că dacă cobaiul sănătos resistă la 2 c. c. de T. Brută, omul sănătos prezintă turburări grave când i se injectează $^1/_{20}$ dintr'un cent. cub. Cobaiul tuberculos e omorât, când însă e injectat cu 50 miligr., și la om doza de 2 miligr., provoacă accidente generale grave.

cerație pe partea stângă a bărbiei, care s'a vindecat complect în timp de o lună, rămânând o cicatrice, ce persistă și acum.

Examenul bolnavului ne arată următoarele: constituție fizică bună, — aproape robust — bine desvoltat pentru vârsta lui. Temperatura 37,2 fără elevațiuni post-meridiane, nici vesperale fără mare diferență între temperatura matinală și vesperală.

Pulsul forte, 82 pe minut. Fără stigmate de degenerescență. Dosul nasului e ocupat de o ulcerație foarte superficială, care se întinde până aproape de rădăcină, ocupă narinele și se întinde pe obraji ca la 3 cm. dincolo de șanțul naso-genian, ocupă buza superioară până în apropiere de mucoasă. Lobulul și aripele nasului lipsesc aproape în întregime, de asemenea și o bună parte din despărțitoare. In locul nasului avem un orificiu cu axul mare transversal de 4 c., cel vertical 3 c. Ulcerația este acoperită de cruste galbene, cari se ridic cu ușurință, lăsând în urmă o suprafață sângerândă. Narinele sunt umplute de cruste cenușii-galbene. Marginile ulcerațiunii sunt neregulate, pielea e roșie strălucitoare, cu epiteliu de descuamație lamelar, prezentând mici proeminențe de mărimea unui bob de mei de culoare gălbue.

Pe bolta palatină se găsește în apropierea vălului, pe linie mediană o ulcerație ovalară cu diametrul mare antero-posterior de 1 cm. înconjurată de alte ulcerațiuni mai mici. La partea posterioară se vede o mică proeminență gălbue.

Amigdalele sunt mărite de volum în mod considerabil, acoperite de o mucoasă roșie-violacee, vecinic acoperită de mucus-nasal. Mucoasa faringelui prezintă numeroase granulațiuni, dintre cari cele mai voluminoase cât un bob de linte. Ganglionii sub-maxilari de mărimea unei nuci, puțin dureroși.

Examenul plămânului ne arată la vârful stâng, o ușoară submatitate, cu inspirația aspră, expirația prelungită fără raluri. Din partea celorlalte organe nimic de înregistrat.

Asupra acestui caz am încercat tratamentul de tuberculină. Am urmat până la oarecare punct procedeul recomandat de Neisser (Therapie der Gegenwart 1900) cu injecții în doze mici, neproducând reacție generală, dar suficientă pentru a provocă o reacție inflamatorie locală.

Tratamentul s'a început la 29 Ianuarie, injectându-se 0,0001 miligr. de tuberculină (provenind dela Instit. Pasteur, din Paris, tuberculină de origină bovină). N'a fost reacție generală (absență de febră). S'a mers în doze progresive, repetând injecţiile la 3 zile. In ziua de 3 Februarie, în urma unei doze de 0,0003 miligr. reacţie generală, bolnavul are 39°, 10 ore după injecţiune. Se suspendă tratamentul şi se reîncepe la 9 Februarie, tot în aceiaşi doză 0,0003 miligr. Fără reacţie. Se măresc dozele progresiv, făcându-se injecţiile sistematic la 3 zile: (dăm numai dozele importante).

La 14 Febr. se injectează 1 miligr. de tuberculină brută
„ 20 „ „ „ 2 „ „ „ „
„ 1 Martie „ 5 „ „ „ „
„ 11 „ „ „ 1 centigr. „ „ „
„ 24 „ „ „ 2 „ „ „ „
„ 1 April. „ „ 3 „ „ „ „

Cititorii care se vor mirà cum un organizm tuberculos să nu reacţioneze la doze aşa considerabile de tuberculină, le vom răspunde că avem aface cu o adevărată vaccinare a organismului contra tuberculinei.

Probabil se formează în sângele bolnavului un adevărat anticorp, anti-tuberculinos. De aceea profitând de vacanţa Paştelui am suspendat tratamentul, trimiţând pe bolnav acasă şi recomandându-i să revie peste câtvà timp.

La eşirea din serviciu starea bolnavului erà înfloritoare. Se îngrăşase (nu putem preciza cu cât) ulceraţiunile peri-nasale erau complect cicatrizate, acoperite cu un strat cicatricial translucid, lucios, de o culoare mai roşiatică arătând formaţia nouă. Nu se mai vedeà nici un tubercul. Ulceraţia palatină persistà, dar redusă de volum, celelalte mici ulceraţiuni dispăruseră, de asemenea şi granulaţia galbenă, ce se vedeà înapoia ulceraţiunii celei mari.

Rezultatul erà excelent, întrecuse chiar aşteptările noastre. Mai adaugăm că examenul urinei practicate în mod regulat ne-a arătat, contrariu afirmaţiunilor lui Chauffard, absenţa de albumină.

Bolnavul se întoarce în serviciu în ziua de 28 Aprilie. Aspectul e cu totul schimbat. S'ar puteà spune că tot beneficiul obţinut prin întrebuinţarea tuberculinei a dispărut complect odată cu încetarea ei. Ba, ceva mai mult, constatăm apariţiunea unor semne cari nu existau până acum:

Examinând conturul orificiului nasal, constatăm că cicatricea rozată, care ocupă o zonă 2—3 cent. împrejurul orificiului nasal, este bine epidermizată şi are o culoare aproape analoagă cu acea a tegumentelor sănătoase înconjurătoare. Suprafaţa este netedă şi lucioasă, afară de şanţul naso-genian drept al cărui fund este presărat de mici granulaţiuni, cari prezintă aceeaşi culoare ca şi restul cicatricei.

Stratele superficiale ale epidermului cicatricial la acest nivel se exfoliază în cantitate. In fine pe dosul nasului. drept în mijlocul ţesutului cicatricial, se vede o mică granulaţie cenuşie.

Dar schimbările sunt mai mari în gură: vechea ulceraţiune care se găsià pe linia mediană palatină s'a mărit. Limita anterioară se află pe linia care uneşte cei d'al II-a premolari, pe când limita posterioară se găseşte pe linia care uneşte extremităţile posterioare a ultimilor molari.

Culoarea e roşie vie, marginile sunt puţin neregulate şi ceva mai ridicate. Pe fundul ulceraţiunii sutura care uneşte ambele apofize palatine a devenit foarte aparentă, fără însă să fie perdere de substanţă. Dealungul celor 2 pilieri anteriori ai amigdalei, precum şi pe marginea inferioară a vălului palatin până la luetă se vede o ulceraţie foarte puţin adâncă, cu marginea neregulată, cu fundul violaceu, acoperită de o substanţă muco-purulentă, probabil nasală. În jurul ulceraţiunii mucoasa e congestionată şi prezintă, mai cu seamă, la nivelul amigdalei stângi (mărită de volum) şi în dreptul pilierului drept anterior, o mulţime de granulaţiuni, de culoare gălbue, cu relief aparent de volumul unor seminţe de cânepă.

Ganglioni sub-maxilari, mari şi dureroşi şi toată catena ganglionară sterno-cleido-occipitală stângă este tumefiată şi dureroasă.

În urină se găseşte urme slabe de albumină. La vârful pulmonului, leziunile mi se par mai accentuate fără însă să aud raluri.

Impresiunea totală, pe care ne-o dă bolnavul, este, că a beneficiat de tratamentul cu tuberculină în ceea ce priveşte leziunea cutanată. Dar din punctul de vedere a celorlalte leziuni ni se pare că s'a făcut o adevărată însemânţare tuberculoasă.

La intrarea în serviciu am continuat tratamentul, dar am început cu doze mai mici, temându-ne că imunitatea anti-tuberculinoasă să nu fi înaintat.

Am reînceput injectând 1 centigr. pe siringă. N'am avut reacţie generală. Reproducem mai jos seria injecţiilor (repetate la 3 zile) dând numai datele importante:

30 Aprilie	1	centigr. T. B.
10 Mai	2	„ „
18 „	3	„ „
20 „	3 ½	„ „

Făcând această injecţie, bolnavul reacţionează, are $38^{0}5$, 6 ore după injecţie. Suprimăm injecţiile în timp de 8 zile şi la

28 Mai injectăm o doză de 1 centigr. T. B.
3 Iunie „ „ „ 2 „ „

şi actualmente injectăm la 3 zile regulat câte 3 centigrame. Starea bolnavului din nou s'a ameliorat. Cicatricea peri-nasală are un aspect frumos, este lucioasă *fără nici o granulaţie.*

Catena ganglionară cleido-occipitală stângă a dispărut cu totul. Ganglionii sub-maxilari rămân măriţi de volum şi complectindolori.

Ulceraţia palatină şi cea amygdaliană deşi persistă încă, s'au curăţat complect. Nici o granulaţie nu mai e aparentă. Fundul ulceraţiunii are o culoare şi roză tinde spre cicatrizare.

Albumină nu mai e în urină. Starea generală foarte bună. Bolnavul cere să se întoarcă acasă. Acestea sunt rezultatele. Dacă ne e permis să tragem vre o concluzie dintr'un singur caz ar fi următoarea: Tratamentul cu tuberculină dă rezultate momentane preţioase — dar imediat ce se suprimă, boala îşi urmează cursul. E probabil că acelaşi lucru se va întâmpla şi cu bolnavul nostru şi prognosticul afecţiunii rămâne foarte sombru.

FAPTE ANATOMO-PATOLOGICE

Dr. Fr. I. Rainer

DIN LABORATORUL I. CLINICI MEDICALE (PROF. STOICESCU)

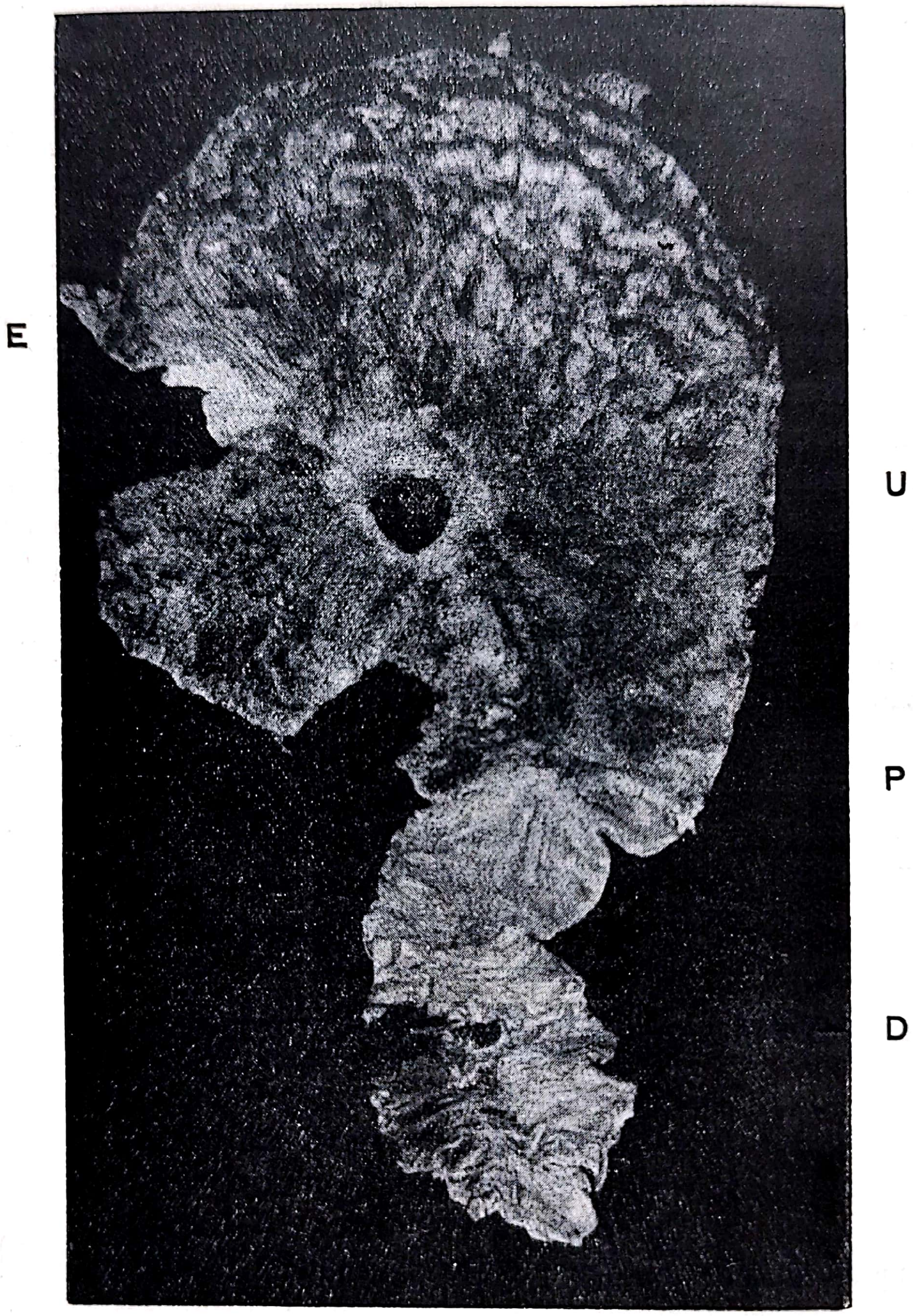
CÂTEVA CUVINTE ASUPRA DIVERTICULELOR DUODENALE

Autorii (1) înţeleg subt acest nume nişte hernii ale mucoasei duodenale, care cele mai deseori sunt aşezate în vecinătatea imediată a ampulei lui Vater, deci pe faţa laterală internă a por-

---

(1) Au decris în mod mulţumitor asemenea diverticule:

Figura I.



E extremitatea inferioară a esofagului; **U** cancer aşezat pe mica curbură; **P** pilorul; **D** diverticul aşezat imediat deasupra ampulei lui Vater. Orificiul ierà complect închis.

---

1) Roth, *Virchows Archiv*, 1872. Vol. 56, (5 cazuri).

2) God, *Casuistische Beiträge zur Kenntnis der Divertikelbildung u. in-*

ţiunii descendente a duodenului, în raport cu capul pancreasului. Această din urmă relaţie de vecinătate ie constantă; o regăsim şi pentru cele 2 cazuri de diverticule aşezate lângă pilor, descrise de Jach, precum există şi în cazul meu, reprezentat în Fig. II, în care din trei diverticule, două sunt fără relaţie cu ampula lui Vater. Toate diverticulele dar, au o topografie constantă: iele ţin de partea concavă a tubului duodenal, îmbrăţişată pe o întindere variabilă de substanţa pancreasului.

Desvoltarea acestor diverticule, fireşte, se face în ţesătura conjunctivă care uneşte duodenul cu pancreasul şi din această cauză, de cele mai multe ori, iele sunt înconjurate peste tot de parenchimul acestui organ, ca şi cum ar fi pătruns într'însul. Lucrul acesta revine în toate descripţiile. — Dimensiunile lor sunt variabile; adâncimea lor ordinară e de $1^{1}/_{2}$ cm.—$2^{1}/_{2}$ cm, dar Jach a semnalat un diverticul de mărimea unui ou de găină. — Cavitatea lor, de sigur virtuală, de regulă nu conţine nimic, uneori foarte puţină substanţă mucoasă; într'una din cavităţile diverticulare ale cazului său II, Letulle a găsit un sâmbure de struguri. E interesant acest fapt, dacă-l comparăm cu frecuenţa corpilor străini în diverticulul lui Meckel, de pildă. Explicaţia lui ie simplă: fâşiile musculare, printre cari s'a făcut hernia mucoasei, strâng gâtul herniar. Autorii citaţi nu spun nimic despre acest fapt, care le-a scăpat; iei semnalează numai dimensiunile orificiului, care de obicei permite trecerea micului deget. Pe cele 9 diverticule duodenale, existente în cele 4 cazuri pe cari le-am observat, am constatat însă, că orificiul cavităţii diverticulare în totdeauna ierà închis şi numai un examen atent arăta existenţa unei depresiuni minimale în dreptul lui, iar degetul explorator trebuia să învingă o rezistenţă bine perceptibilă, ca de inel elastic, pentru a pătrunde în cavitate.

---

neren Iucarceration des Darmtractus. Disertaţie inaugurală. Zürich 1894, (3 cazuri).

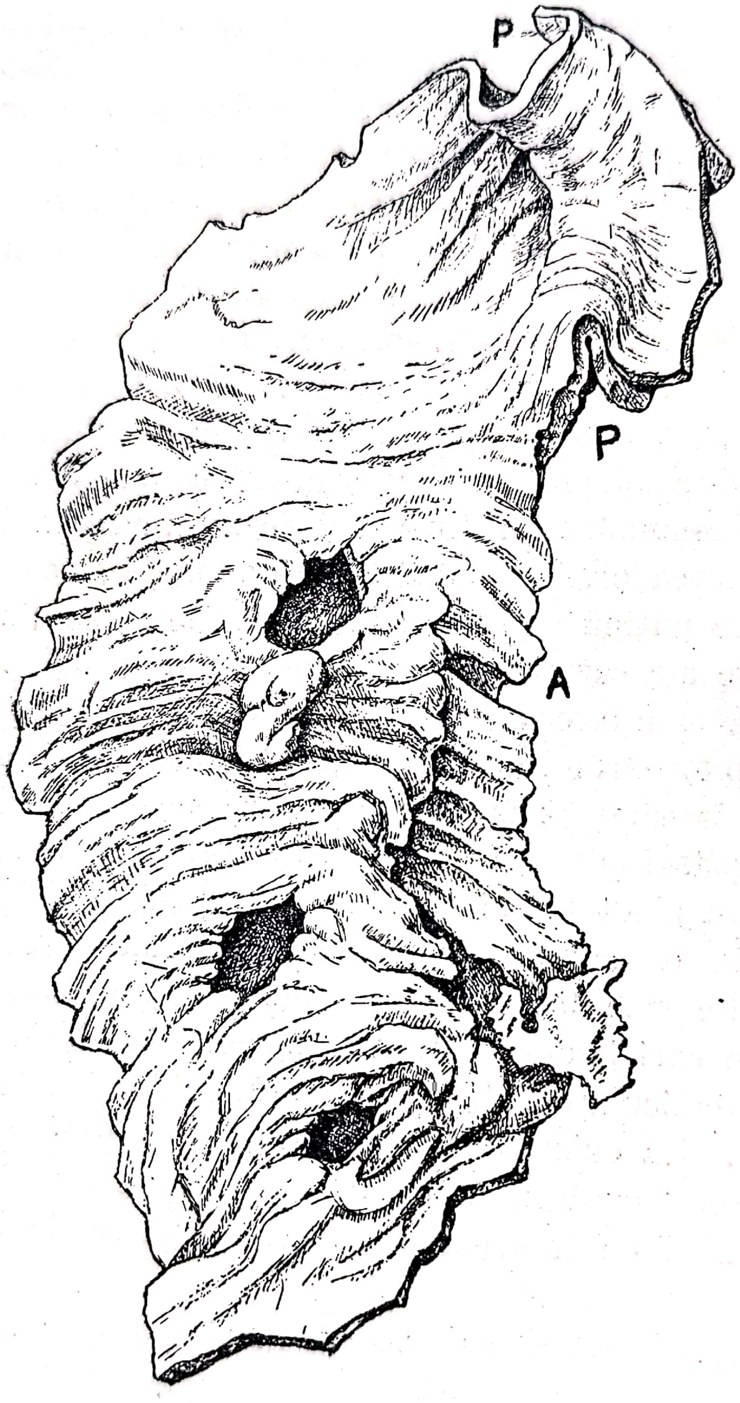
3) Letulle, Malformations duodénales. Diverticules périvatériens, *La Presse médicale*, 1899, p. 13 (2 cazuri).

4) Jach, *Ueber Duodenaldivertikel.* Disertaţie inaugurală, Kiel, 1899. (3 cazuri).

Eu însumi, în 1904, am făcut o comunicare Societăţii Ştiinţelor medicale din Bucureşti despre 4 cazuri observate de mine şi am prezentat cele 2 piese, reproduse în figurile alăturate.

Poate că aceasta explică raritatea observaţiilor. — N'am avut

Figura II.



PP Orificiul piloric
A Ampula lui Vater.

Cele două diverticule inferioare sunt aşezate la începutul şi la sfârşitul celei de a 3, porţiuni a duodenului. Orificiile erau complect închise.

ocaziunea să observ diverticule într'un duoden cu musculatura paralizată.

Structura păretelui diverticular, examinată într'un caz, mi-a arătat, că ea ie identică cu aceea a mucoasei duodenale înconjurătoare. La aceeaşi concluzie a ajuns şi Roth, precum şi, în principiu, Letulle.

Care să fie geneza acestor diverticule? Noi am prejudecat în această privinţă, definindu-le ca hernii ale mucoasei duodenale; vom susţine mai la vale acest mod de a vedeà, care este şi al lui Hanau, carea a inspirat lucrarea lui Good, precum şi a lui Jach. Letulle le priveşte ca o malformaţiune legată de primii timpi ai dezvoltării mugurelui hepatico-pancreatic pe seama intestinului primitiv. Acest autor, (care în articolul citat n'are cunoştinţă de existenţa diverticulelor fără legătură de vecinătate cu ampula lui Vater), a fost impresionat de particularităţile cazului II, figurat în articolul său: Inşirarea a 5 cavităţi diverticulare în jurul ampulei; o lărgime anormală a căilor biliare extrahepatice, inexplicabilă mecaniceşte; existenţa unui diverticul esofagian cu înfăţişarea unui diverticul de tracţiune dar fără agent tractor, deci congenital. Coexistenţa prin urmare a diverticulelor duodenale cu leziuni de origină congenitală, pentru Letulle, pe deoparte, consideraţia că, „regiunea vateriană din primii timpi ai vieţii embrionare, ie menită să sufere o remaniare capitală din care trebue să-şi tragă originea şi ficatul şi primele vegetaţii ale glandelor pancreatice“, pe de altă parte; au conlucrat ca să formeze convingerea acestui autor, cum că aceste două are înaintea sa nişte malformaţiuni. Explicaţia lui Letulle ie seducătoare. Faptul diverticulelor „perivateriene“ (Letulle) histologiceşte poate mai precis „para-vateriene,“ multiple, nu ie unic. Eu însumi am observat un caz similar celui figurat de Letulle în „La Presse médicale“; existau însă numai 4 diverticule, nu 5; Roth în 2 cazuri a observat câte 2 diverticule peri-vateriene; Jach a observat un al 3. caz. Este adevărat, că nu există decât 3 observaţii de diverticule fără relaţie de vecinătate strânsă cu ampula lui Vater, două ale lui Jach, una a noastră, dar lor nu li s'ar puteà aplica patogenia admisă de Letulle, iele neaparţinând regiunii vateriene. Nu ie admisibil ca iele să aibă acanism patogenic ca acelea din zisa regiune.

De fapt, toate diverticulele descrise au în comun o caracteristică importantă: toate ţin de partea concavă a tubului duodenal, care corespunde oarecum hilului acestui organ. Pe aici intră și ies vasele duodenale, întrerupând neapărat în multe părți continuitatea tunicelor musculare (¹). Partea aceasta a intestinului pancreatico-biliar ie străbătută de canale mari excretorii, coledocul și canalul lui Wirsung, care întrerup continuitatea tunicilor musculare în mod mult mai însemnat încă și ie probabil că acest fapt ajunge pentru a se da rațiunea localizării predominante a diverticulelor. Tot această parte e legată de planul rezistent al pancreasului prin tracturi scurte și solide de țesut conjunctiv. Faptul e important, din cauză că o silește să sufere presiunea intraduodenală augmentată, de care nu poate fugi. Și în unele cazuri, ie drept că puține la număr, s'au găsit semne ale unei presiuni intraduodenale însemnate (Roth, Jach). Dacă la acestea mai adăogăm, că diverticulele s'au găsit totdeauna la persoane înaintate în vârstă, nici odată în vârstă mai mică de 40 de ani (numai Letulle nu indică etatea), credem că am adus argumente însemnate în favoarea ideii că aceste formațiuni sunt leziuni dobândite, și anume diverticule prin *pulsiune;* nu se poate susține geneza prin *tracțiune* din cauză că toate observațiile, în

---

(¹) Cel dintâi, care a arătat că deverticulele *ileonului* suut așezate acolo unde vasele mezenterice abordează intestinul, e Klebs.—In teza lui Good se descrie un caz de coexistență a unui diverticul duodenal cu diverticule ileale multiple așezate între foițele mezenterului; pe amândouă fețele ale fiecărui diverticul sunt lipite vase mezenterice până la punctul pe unde pătrund în intestin.—De altminteri Heschl *(Wiener med. Woch.* 1880, N. 1. 2), mai de mult încă supunând presiunii conductului de apă anse intestinale, constatase că iele plezneau în dreptul inserției mezenterului. Hanau, în dizertația lui Good, (vezi și A. Hanau, *Bemerkungen zu der Mittheilung* von Hansemann *„Ueber die Entstehung falscher Darmdivertikel“*, etc.; *Virchows Archiv.* Vol. 145, p. 172) repetând aceste experiențe a stabilit că ruptura intestinului, fără excepție, se produce acolo unde intră în intestin vasele mezenterice; diverticule însă n'a reușit să producă în modul acesta, pe când Hansemann (Articolul citat, *Virchows Arhiv.* 144) a reușit. Eu însumi, procedând în același mod, m'am putut convinge de exactitatea celor afirmate de Hanau.—Graser, a explicat printr'un mecanism patogenetic identic niște diverticule nu prea rare, care-și au sediul de predilecție în colonul pelvian și apar în stările de stază venoasă (Congresul din 1899 a medicilor și naturaliștilor gremani, unde Recklinghausen, Chiari, Bollinger, au primit interpretarea lui Graser; *Langenbeck's Arch.* Vol. 59. 1899. *Das falsche Darmdivertikel).*

mod unanim, notează absența de leziuni peri— ori mai exact paraduodenale capabile să exercite o tracțiune.

S'ar puteà admite însă și pentru afecțiunea de care ne-am ocupat, o predispoziție congenitală în felul celeia postulată astăzi de mulți autori pentru producerea marei majorități a herniilor.

LUNA MEDICALA

SOCIETĂȚI SAVANTE STRAINE

ACADEMIA DE MEDICINĂ DIN PARIS

Ședința dela 16 Maiu 1905.

Metchnikoff et **Roux.** **Recherches microbiologiques sur la syphilis.** Schaudinn, după găsirea spirochetului palid în leziunile sifilitice umane nedispunând de maimuțe antropoide, pentru complectarea cercetărilor a făcut cunoscut lui M. resultatele sale. Acesta studiind leziunile sifilitice la 6 maimuțe, la patru din ele, un cimpanzeu, un papion și două macaque a constatat prezența spirilului. Unul din animalele la care nu l'a găsit erà pe cale de vindecare în urma tratamentului cu ser.

A mai constatat acelaș spiril și în patru cazuri de sifilis uman. Crede că sifilisul este o spiriloză cronică datorită spirochetului descris de Schaudinn.

Ședința dela 6 Iunie 1905.

Manouvrier (de Valenciennes). **Eaux salées de filtration rendant certaines mines de houille refractaires à l'infestation par les larves d'ankylostome.** Perroncito a stabilit în 1880 acțiunea toxică a clorurului de sodiu asupra larvelor anchilostomului. In minele de sare dela Wieliczka nu s'au observat cazuri de ankilostomiază, care în minele dimprejur bântue. Boycott și Haldane au constatat același lucru pentru o mină de cupru, Levant din Cornwall, în care se produc infiltrațiuni de apă de mare. Autorul a studiat din acest punct de vedere minele dela Valenciennes. Intr'o parte din aceste mine, în care se produc infiltrațiuni de apă sărată, datorită unui curent subteran numit Torrent d'Anzin, nu s'au observat cazuri de ankilostomiază, pe când în minele vecine au fost adevărate epidemii de anemia minerilor. Propune ca măsură profilactică stropirea în mină cu o soluțiune de sare denaturată 2 la %.

Poncet și **Leriche** (Lyon). **Tuberculose inflammatoire, ses localisations multiples, en particulier sur l'estomac, l'intes-**

tin, etc. In afară de forma clasică şi forma septicemică a tuberculozei, trebue astăzi să admitem şi o formă inflamatoare. Poncet a atras încă din 1901 atenţiunea asupra reumatismului tuberculos, una din multiplele manifestaţiuni ale acestui fel de tuberculosă. Formula sa anatomică este, un ţesut de scleroză resultat al unei proliferaţiuni foarte active a ţesutului conjocutiv, între fibrele căruia se observă un număr variabil de leucocite. Elementele considerate ca specifice tuberculozei se întâlnesc rar.

P. şi L., aduc exemple de localizări de acest fel în alte părţi ale organismului. La stomac se admitea existenţa unei tuberculoze ipertrofice şi a unei forme ulceroase. Pe lângă ele trebue admisă şi o *formă fibroasă dela început*, în cazul căreia intră, sclerozele difuze sau localizate, şi stenozele fibroase ale pilorului descrise de Patella. Stenozele inflamatorii ale intestinului subţire şi intestinului gros, diferite mastite, tiroidite subacute şi tumori gutoase ale penisului fac parte din acelaş grup, al tuberculozei inflamatoare. M.

ACADEMIA DE MEDICINĂ DIN ROMA

ŞEDINŢA DIN 17 FEBRUARIE 1905.

Vanzette. Phlébite de la veine cave inférieure et des veines sus-hépatiques avec cirrhose du foie. Autorul comunică observaţia unui bolnav de 40 ani, nealcoolic, care fu apucat brusc de dureri însoţite de tumefacţia abdomenului, şi care murì peste 2 luni, după ce prezentase o ascită considerabilă, cu circulaţie complimentară şi cu turburări digestive caracterizate, prin inapetenţă şi diaree. Trei puncţii practicate, a dat un lichid seros, limpede şi citrin. La autopsie peritoneul erà puţin îngroşat, splina plină cu sânge, rinichii-congestionaţi. Ficatul mic, dur, înconjurat de o coaje de periepatită netedă şi transparentă. La secţiune parenchimul, de coloare galben deschis, arătà un proces cirotic difus cu bande conjunctive largi şi insule glandulare înconjurate de ţesut dens. Artera epatică normală, vena foarte puţin dilatată. Trunchiurile mari ale venelor supra-epatice complect obliterate şi orificiul lor de vărsare în vena cavă strâmtat de un ţesut cicatricial. Venele supra-epatice inferioare în parte obliterate, în parte reduse la mici orificii, permiţând de abià trecerea sondei. Vena cava în traectul ei juxta-epatic erà îngroşată şi prezentà pe peretele intern o serie de ridicături şi depresiuni, reprezentând resturile unui trombus vechiu. Venele supra-epatice din interiorul glandei, păreau îngroşate, rigide şi consistente, unele dilatate.

La examenul istologic peretele acestor vene se arătà atins de un proces proliferativ sub forma de endo-flebită obliterantă, în unele locuri vasul erà complect astupat. Acest proces erà mai puţin intens cu cât mergem dela trunchiul vaselor mari către rădăcini. Se mai observà leziuni scleroase inter şi intra lobulare cu atrofia concomitentă a elementelor celulare. Totalitatea dispoziţiunilor anatomice, făcù pe autor să admită un proces ascendent de origină infecţioasă al cărui punct de plecare trecuse nebăgat în seama cliniceşte

ŞEDINŢA DELA 26 FEBRUARIE 1905.

Alessandri. Tuberculose du pylore. Cazul se referă la o femee de 20 ani, care fără accidente morbide demne de relevat, erà atinsă de turburări gastrice grave şi anume: dureri după masă, eructaţii şi vărsături. Exista stază gastrică şi modificări ale sucului, caracterizate prin anacloridrie. La palpaţie în regiunea epigastrică se simţià o tumoră mobilă, dureroasă. Se făcù rezecţia, gastro-duodeno-stomie, procedeul Kocher, vindecare fără accidente. Examenul macro şi microscopic arată că e de natură tuberculoasă.

ŞEDINŢA DE LA 17 MAI 1905.

Mattirolo. Nouvelle contribution à la connaissance de la leukanémie. Autorul aminteşte că numele de leukanemie a fost propus de Leube în 1900 pentru a arătà anume cazuri în cari se văd reunite caracterele ematologice ale unei anemii acute cu mers pernicios şi acelea ale unei leucemii. Aceste fapte se apropie, prin evoluţia lor, de leucemiile acute şi observaţiile complecte sunt excepţionale. Mattirolo a publicat una în 1902 şi de atunci a avut ocaziunea de a culege şi a doua. Este vorba de un băiat de 9 ani, fără antecedente morbide, care, cu o lună înaintea intrării în Spital, erà abătut, aveà inapetenţă, dureri abdominale, cu paloare şi slăbì repede. Incă din primele zile avù emoragii gingivale abundente. Starea lui agravându-se repede fu dus la spital. In acest moment paloarea erà extremă, numeroase pete de purpură erau presărate pe piele. Ganglionii sunt în toate locurile, accesibili la examinare, duri, izolaţi şi mobili, amigdalele foarte voluminoase. Splina şi ficatul nu trece limitele normale. Presiunea este dureroasă la nivelul oaselor lungi. Examenul sângelui: globule albe 76.000, roşii 900.000, valoarea globulară 1.10. Pe lame, se văd numeroase poikilocite, normo şi megaloblaste. Limfocitele 51 %, există numeroase mielocite neutrofile, mielocite eozinofile şi forme intermediare. După 2 zile, făcându-se autopsia, se găseşte: emoragii la nivelul principalelor seroase, iperplazia tutulor ganglionilor limfatici a plăcilor şi foliculilor intestinali, ipertrofia uşoară a splinei, infiltraţie limfatică difuză a ficatului, vizibilă cu ochiul. Istolologiceşte se constată o proliferaţie intensă a elementelor mononucleate negranuloase. La nivelul măduvei osoase se constată un ţesut complex format din juxtapunerea elementelor din seria limfatică şi din seria mieloidă cu mari cantităţi de megaloblaste.

Rezultatele examenului necropsic şi istologic, sunt în conformitate cu datele examenului sângelui în viaţă. Acest caz de leukanemie diferă de observaţiile anterioare publicate şi care prezentau reunite caracterele unei anemii pernicioase cu o formă de leucemie; aici sunt reunite modificările sanguine arătând o anemie pernicioasă cu leucemie mielogenă şi leucemie limfatică.

P. GAL

ACADEMIA MEDICO-FIZICĂ DIN FLORENŢA.

ŞEDINŢA DELA 6 APRILIE 1905.

Pincherle. Nouvelle contribution à l'étude de l'indépendance des territoires hépatiques. Autorul comunică rezultatele experienţei, făcute de el, pentru a stabilì pe o nouă cale independenţa relativă a teritoriilor epatice. Face legătura pilorului, la epuri, şi introduce apoi, în stomac oleu fosforat. Animalele prezintă leziuni de steatoză la nivelul părţii stângi a ficatului cu leziuni necrotice maxime în vecinătatea spaţiilor porte. Introducând fosfor în diferite părţi ale intestinului, după legătura duodenului, leziunile epatice se localizează la partea dreaptă a ficatului. Aceste experienţe par a stabili existenţa unui dublu curent portal admis de Ségéré şi alţii, anume, un curent gastro-spleno-epatic stâng şi un curent entero-pancreatico-epatico drept.

P. Gal.

ACADEMIA DE ŞTIINŢE DIN PARIS

Şedinţa dela 1 Mai 1905.

Leduc (Stéphane). Variation de la pression osmotique dans le muscle par la contraction.

Membrul posterior al unei broaşte, tăiat de sus, jupuit şi ţinut în timp de 24 ore într'o soluţie de sare cu punctul de congelaţie — 0°,53 îşi păstrează greutatea; în două-zeci de experienţe, autorii n'au constatat nici o variaţie care să întreacă o sutime din greutatea iniţială. Trebue admis, aşà dar, că presiunea osmotică în muşchi este aceeaşi ca a soluţiei, adecă la 15°,6$^{atm.}$,655. Indată ce se întrebuinţează o soluţie mai concentrată, greutatea muşchilor scade, o perdere de apă fiind rezultatul asupra lor al excesului de presiune osmotică din soluţie. Dacă însă înainte de a fi muiaţi în soluţie, muşchii sunt supuşi la o serie de contracţiuni cu ajutorul unui curent electric, greutatea lor creşte în totdeauna în soluţia de Na Cl cu congelaţia la—0°,53. Aceasta au observat-o autorii în peste 60 de experienţe. Dacă, una din labele broaştei fiind liberă, iar cealaltă întinsă de o greutate, se excită amândouă cu acelaş curent, laba întinsă devine, în soluţie, mai grea decât cea liberă şi acest spor al greutăţii labei este cu atât mai mare, cu cât este mai mare greutatea care o întinde.

Rezultă din aceste experienţe:

1. Contracţiunea musculară are drept consecinţă sporirea presiunii osmotice în muşchi;

2. Sporul presiunii provocat de contracţiune poate să întreacă 2$^{atm.}$,521. 2$^{kgr.}$,604 de fiecare centimetru patrat din suprafaţă;

3. Presiunea osmotică intramusculară se ridică cu atât mai mult cu cât excitaţiile sunt mai prelungite sau mai puternice;

4. Cu excitaţii identice, presiunea osmotică într'un muşchiu care se contractă devine cu atât mai mare, cu cât contracţiunea întâmpină mai multă rezistenţă; altfel zis, presiunea creşte odată cu travaliul îndeplinit de muşchiu

5. Aceste schimbări aşà considerabile ale presiunii osmotice într'un muşchiu care se contractă, exercită neapărat o influenţă preponderantă, dacă nu unică asupra producerii oboselii.

Battelli et **M-lle Stern.** — La philocatalase et l'anticatalase dans les tissus animaux.

Autorii numesc *anticatalasă* un ferment uşor de găsit în diferite ţesuturi animale ca splina, ficatul, plămânul, având proprietatea de a distruge catalasa în prezenţa oxigenului. Splina fărâmată, tratată cu trei volume de o soluţie de acid acetic $^1/_{1000}$ dă, după filtraţie, un extract bogat în anticatalasă. Această soluţie fiind acidă, se păstrează mai multe zile nealterată.

Injectându-se o soluţie concentrată de anticatalasă în vinele unui câine sau unui iepure, se constată că, numai decât, dispare din sânge. Serul sângelui are proprietatea de a împedicà acţiunea anticatalasei asupra catalasei. Aceaşi proprietate o au într'un grad înalt, extractele apoase de muşchi, de rinichi şi de creeri. O pierd însă prin fierbere. Se poate obţine prin aceste extracte, cu ajutorul alcoolului, un precipitat care împedică cu putere acţiunea anticatalasei asupra catalasei.

O mare cantitate de anticatalasă este distrusă de foarte puţin extract muscular, cu mare repeziciune la temperatura de 40°, mult mai încet la 18° şi de loc la 5°.

Există, prin urmare, în diferite ţesuturi şi în serul sângelui o substanţă cu proprietăţile unui ferment şi cu putinţa de a distruge anticatalasa, apărând astfel catalasa. Pentru acest ferment autorii propun numele de *filocatalasă*.

Filocatalasa nu este activă decât în mediu neutru. De aceea anticatalasa se păstrează un timp îndelungat în extractul de splină acidifiat cu acid acetic, pe când dacă se neutralizează extractul, ea dispare încetul cu încetul.

Clément. Sur l'action de l'acide formique dans les maladies à tremblements.

Pe lângă acţiunile ce le are acidul formic în sistemul muscular şi pe cari le-a semnalat autorul (Martie 1904), el mai exercită una foarte însemnată asupra tonicităţii tuturor muşchilor. Aceasta se traduce prin senzaţia de tărie a maselor musculare. De aceea autorul a cercetat ce poate da acidul formic în diferite forme de tremurături, boale cu tonus slăbit.

În două cazuri cari nu erau nici tremurături senile, nici paralizii agitante nici scleroze în plăci, a obţinut după câteva zile amelioraţiuni cum nu s'au obţinut cu nici un medicament până acum.

ŞEDINŢA DELA 8 MAI 1905.

Laveran.—Pseudo-hématozoaires endoglobulaires.

Adesea unele elemente ale sângelui normal, fiind modificate mai mult sau mai puţin în aspectul lor, în urma unor circumstanţe diverse, sunt confundate cu hematozoare endoglobulare. Iată cele mai obicinuite cauze de eroare.

1. *Stare vacuolară a hematiilor.* — Când un preparat de sânge se usucă încet şi se fixează rău, hematiile devin vacuolare; această alteraţie foarte comună se vede mai ales la hematiile anemicilor. De multe ori autorul a constatat că aceste vacuole se confundase cu *Haemamœbe* sau *Piroplasme*. Astfel, Montoya y Florez a descris anul trecut un hematozoar special al paludizmului din Columbia. In realitate, în preparatele sale nu există decât o alteraţie vacuolară a hematiilor. Foarte probabil, în Columbia paludizmul este produs de acelaş hematozoar ca pretutindeni.

2. *Hematii nucleate.* — Aceste hematii frecuente în sângele anemicilor au fost adesea confundate cu hematii parazitate. De obiceiu se găseşte numai un nucleu în fiecare hematie nucleată, dar se pot găsi doi sau trei şi nucleul lobulat se aseamănă uneori puţin cu un hematozoar pe cale de segmentaţie. Nucleii hematiilor se colorează tare cu culorile bazice de anilină; nu se ob-

servă cu metoda Romanowsky sau cu aceea a autorului, un karyosom deosebit bine de protoplasma, cum se întâmplă la hematozoare endoglobulare.

3. *Hematii punctate.* — Acest aspect se observă în aceleaşi specimene de sânge ca şi cel precedent şi împreună cu el, dar în relaţiuni de frecuenţă variabile: când, hematiile nucleate sunt multe şi cele punctate rare, când raportul este invers. In sânge proaspăt nu se constată nimic anormal; după coloraţie cu colori bazice de anilină, mai ales cu thionina, se observă în unele hematii una sau mai multe granulaţii colorate de diferite mărimi. A. Plehn, deşi excelent observator, a descris granulaţiile bazofile ale hematiilor, ca forme iniţiale ale hematozoarului. Piroplasma descrisă de Wilson şi Chowning în febra petechială (*Spotted fever*), intră foarte probabil în aceeaş categorie de pseudo-hematozoare.

Când într'o hematie se află o singură granulaţie mare, poate fi confundată cu Piroplasma. Granulaţiile se colorează în mod uniform cu Romanowsky sau cu metoda autorului (eozină-albastru cu oxid de argint, tanin), pe când în hematozoare se vede un karyosom roşu-violet, bine deosebit de protoplasma albăstrie. Piroplasmele, în sânge luat dela animal viu, au adesea un aspect piriform, pe când granulaţiile bazofile sunt în totdeauna sferice; în fine Piroplasmele se găsesc de obiceiu pe cale de înmulţire (bipartiţie).

Smith şi Kilborne, apoi Lignières, au constatat că, lăsând de repetite ori sânge la animale sănătoase, se provoacă în totdeauna apariţia în sânge a hematiilor punctate.

In ceea ce priveşte origina granulaţiilor, pentru unii, avem aface cu o alteraţie a hemoglobinei, pentru alţii, ele provin din nucleii distruşi ai hematiilor. Granulaţiile bazofile din hematiile anemicilor sunt identice cu cele ce se găsesc în sângele mamiferelor puţin timp după naştere (şoareci şi şobolani de 1 — 2 zile), ceea ce pare a înlătură ideia unei alteraţii a hemoglobinei şi a confirmà legătura dintre apariţia granulaţiilor şi hematopoiesa normală cu dispariţia nucleilor.

4. *Hematoblaste.* — Aceste elemente se recunosc uşor, in preparate colorate sau nu, atunci când sunt grămădite în plăci. Când însă sunt izolate, se confundă adesea cu hematozoare, mai ales când sunt alipite de hematii. Se găsesc însă în acest caz şi foarte multe hematoblaste libere. Ca pentru celelalte cazuri de erori ce văzurăm, autorul recomandă, pentru a înlătură şi pe aceasta, o fixare bună şi o coloraţie printr'unul din procedeele de mai sus. Trebue însă, mai inainte de toate, ca observatorii să se deprindă cu examenul histologic al sângelui normal, până a nu începe studiul hematozoarelor.

Doyon et **Billet**. — Action élective du chloroforme sur le foie.

Doyon a demonstrat că în unele condiţiuni chloroformul produce în mod paralel: incoagulabilitatea sângelui, dispariţia fibrinogenei din plasmă şi leziuni hepatice. Pe aceste din urmă leziuni le consideră ca ţinând sub dependenţa lor pe celelalte. Acuma a studiat cu Billet leziunile ficatului produse in asemenea condiţiuni şi a constatat că afară de ficat numai rinichiul este şi el lezat.

Am introdus, cu ajutorul sondei, chloroform în stomacul unor câini, doza zilnică fiind de 2 gr. la kilogram de animal. Animalul moare după 2—3 zile şi adesea mai târziu.

A. In ficat au găsit:

1. Hemoragii abundente, în general în plăci, dilacerând ţesutul hepatic şi fragmentând mai mult sau mai puţin chiar celulele.

2. O foarte mare îngrămădire de polinucleare în spaţiurile intercelulare

3. Leziuni ale celulelor, mai ales în centrul lobulului; ele se prezintă în trei stadii:

a. Degenerescenţă hyalină, nici urmă de structură reticulară şi limită celulară, nucleu sănătos.

b. Degenerescenţă granuloasă.

c. Protoplasma nu mai există, sau este redusă la mititele granulaţiuni slab colorate; nucleul fragmentat, slab colorat, uneori chiar dispărut cu totul. In general se constată şi o uşoară degenerescenţă grăsoasă difuză.

B. Rinichii prezintă leziuni de nefrită epitelială acută. Chiaguri nu sunt nici în cord nici în vase.

Trillat et **Sauton.**—**Sur un nouveau mode de caractérisation de la pureté du lait basé sur la recherche de l'ammoniaqne.**

Autorii au constatat că din probele de lapte ce au adunat în Paris, unele conţineau amoniac. S'au întrebat natural care este cauza formării amoniacului şi au cercetat dacă s'ar puteà trage folos din această prezenţă pentru caracterizarea purităţii laptelui. De aceea au creat mai întâiu un procedeu practic pentru găsirea amoniacului şi s'au convins că laptele dela vaci sănătoase, mulse cu îngrijire, nu dă nici odată reacţia amoniacului.

Au însămânţat atunci diferiţi germeni în lapte crud natural sau îndoit cu apă, ba chiar sterilizat, pentru a vedeà în ce condiţiuni se dezvoltă amoniacul. N'au obţinut nimic cu germenii următori: fermenţii acetic, butyric, lactic; bacilul tific, difteric, b. coli commune, streptococ, stafilococ, dalac, vibrion holeric. A apărut însă amoniac în laptele însămânţat cu *Micrococcus ureae*, diferiţi tyrothrix şi bacilii lui Flüge. Laptele în care s'a întrodus salivă umană, urină putrezită, apă murdară, produce de asemenea amoniac. Această producţie se manifestă, după cazuri, chiar după 2—3 ceasuri şi poate ajunge, când laptele s'a închegat complect, la doza de 60 mgr. la litru, pe când laptele curat, chiar aşà închegat, nu prezintă nici urme.

In laptele sterilizat, formaţiunea amoniacului este mai înceată decât în lapte crud; în lapte îndoit cu apă este mai repede. Apa provoacă naşterea amoniacului prin germenii pe cari îi conţine.

Mai pot cauzà prezenţa amoniacului în lapte, mulgerea în staule neaerisite, păstrarea laptelui şi a vaselor ce-l conţin în aceleaşi localuri, sudoarea ce accidental ar puteà cădeà în lapte, etc. Lipsa de amoniac de sigur nu poate probà că laptele este necontaminat, dar prezenţa sa, mai ales dacă este mult, trebue privită, nu chiar ca o siguranţă, ci ca o bănuială de îndoire şi de pângărire.

ŞEDINŢA DE LA 22 MAI 1905

Halphen et André Riche. — **Contribution a l'étude des teintures histologiques.**

Technica coloraţiilor în istologie este adesea delicată, iar procedeele sunt mai mult empirice decât teoretice. De aceea autorii au căutat desluşiri în date chimice. Au studiat acţiunea colorantelor asupra diverselor ţesuturi animale fixate în alcool, procedând în totdeauna în aceleaşi condiţiuni: muiau preparatele într'o soluţie rece de materie colorantă $^1/_{1000}$, eliminau excesul de coloare cu apă şi dezidratau nu cu alcool, fiindcă acesta dizolvă colorile fixate, ci cu un amestec de 1 vol. alcool şi 3—4 vol. de eter de petrol, amestec care absoarbe apa lăsând coloarea aproape neatinsă.

Experienţa a probat că mici cantităţi de acide, adaose la soluţiunile colorante zise *acide*, sporesc proprietăţile lor tinctoriale; tocmai contrariul se produce cu soluţiunile bazice, a căror acţiune este ajutată de alcaline. Cu această metodă au obţinut elecţiuni variabile pentru un acelaşi colorant, au produs cu colorante acide diferenţiări cari de obicei nu se produc decât cu colorante bazice şi în special elecţiunea colorantelor acide pentru nucleinele acide din nucleii celulari. Aceste rezultate se explică uşor dacă se ţine cont de proprietăţile tot-deodată acide şi bazice ale albuminoidelor. Prin adăogarea unei materii cu aceeaşi reacţiune într'o soluţie colorantă acidă sau bazică, se modifică stabilitatea sării care constitue coloarea şi se înlezneşte combinarea ei cu radicalul de reacţiune contrarie din albuminoide, de unde coloraţie mai intensă.

Substanţele constitutive ale ţesuturilor posedă aptitudini diferite de a fixà colorante. Pentru a puteà studia condiţiunile de coloraţie cari ar puteà determinà valorile lor relative, autorii s'au ocupat şi de acţiunea pe care o au asupra ţesuturilor diferitele lichide de fixaţie şi întărire. Au găsit că afinităţile respective ale funcţiunilor acide şi bazice din albuminoide sunt modificate adânc de formol şi de licoarea lui Müller, ceva mai puţin de alcool şi de căldură. Pentru a evità aceste inconveniente au căutat altă technică decât cele cunoscute şi s'au oprit la cea următoare: organe sau fragmente de organe sunt uscate subt un clopot, în care se află glicerină sau mai bine acid sulfuric şi se poate introduce şi cloroform pentru a împedicà acţiunea microbilor. Astfel de preparate au proprietăţi cu totul neobicinuite: unele decolorează progresiv fuxina care mai întâiu le colorase, dar pierd această proprietate dacă stau mai înainte în alcool. Aceste fenomene par a probà că ţesuturile astfel preparate conţin fermenţi proteolitici, cari lipsesc în caz de sunt conservate in alcool. Apoi mai trebue semnalat că, pe asemenea preparate, nu se observă nici nuclei, nici celule de nici un fel, fie naturale, fie după colorare; acestea apar însă după acţiunea prealabilă a alcoolului.

Aceleaşi ţesuturi uscate descompun cu energie apa oxigenată, ceea ce este o proprietate a ţesuturilor vii, pe care ţesuturile ţinute în alcool n'o au aproape de loc.

Vallois et Fleig. — Le graphique respiratoire chez le nouveau-né. Traseul respiraţiei noului născut se deosebeşte de al adultului, mai înainte de toate prin neregularitatea sa. Aceasta este cu totul fiziologică şi se observă nu numai în timpul veghei, dar chiar în somnul cel mai liniştit şi devine extremă sub influenţa unor excitaţii cari la adult n'ar aveà efect însemnat.

Atât frecvența cât și amplitudinea și ritmul respirator sunt neregulate. Se înțelege astfel de ce sunt atât de divergente, cifrele date de autori, în privința frecvenței respiratorii la noul-născut; aceasta este foarte variabilă dela un moment la altul și dela un individ la altul. Amplitudinea respirațiilor succesive este și ea supusă la mari variații, de altfel mult mai accentuate pe traseul pneumografic decât pe cel spirometric. Respirația este adesea întreruptă de pauze în inspirație și mai ales în expirație, mai mult sau mai puțin prelungite.

De multe ori nivelul general al curbei, în loc de a fi perfect orizontal ca la adult, prezintă o serie de ondulațiuni de mai mare amplitudine, la cari se suprapun ondulațiile fiecărei respirațiuni izolate, ceea ce ar însemnă că volumul toracelui este supus și la alte variațiuni decât acele datorite fiecărei respirațiuni deosebite. Acele ondulațiuni par a fi legate de diferite cauze; pe baza experimentației animale, se poate recunoaște intervenția variațiunilor presiunei abdominale, subt influența peristaltizmului gastro-intestinal. Sunt însă experiențe cari probează existența altor cauze în chiar activitatea centrilor respiratori.

Inregistrarea simultană a respirației toracice și abdominale, în veghe și în timpul somnului, probează că noul-născut are ambele respirații dar cea abdominală predomină. Ca la adult, în timpul înghițirii, se observă o inhibie trecătoare, dar nu pe toate graficele; asociația centrului respiratoriu cu al deglutițiunii se face prin urmare, uneori, la câtva timp după naștere. Sexul nu joacă nici un rol în variațiile graficelor. La copii prematuri neregularitatea este poate mai mică decât la cei deplini.

Neregularitatea respirației la noui-născuți pare a însemnă o lipsă de obicei în această funcțiune nouă ce este respirația pulmonară la naștere. Pentru aceeași cauză inima embryonilor este aritmică și în general toate funcțiunile la început, se poate zice, se săvârșesc defectuos și trebue să se perfecționeze pentru a ajunge la stadiul adult.

Neregularitatea respiratorie se explică prin imperfecțiunea sau absența funcțiunii regulatoare, care la adult comandă întreținerea ritmului respirator. Experimentația animală a probat autorilor că atât în centrii respiratori cât și în plămâni și în sensibilitatea generală, excitabilitatea și reflexul ei respirator est mult mai slabă la noul-născut decât la adult. Îi lipsește apoi un aparat de oprire al reflexelor generale (Soltmann) și funcțiunea coordinatoare a centrului respirator bulbar este încă nedesăvârșită.

G. Z. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

No. 14.

A. Gouin et Andouard. Le Vanadate de soude dans l'alimentation. Autorii dând 8 millig. pentru 100 kilogr. în ingestie la vițel au provocat după 6 zile o perdere de greutate de 5 kilogr. In afară de aceasta, eliminarea a fost foarte înceată, așà încât chiar după ce a încetat tratamentul, vițelul a pierdut din greutate încă 5 kilg.

Semnalează pericolul acestui medicament.

Leopold Lévy. A propos de la faim. Pe lângă foamea periferică de origină gastrică, autorul semnalează o foame de origine centrală a cărui sediu ar fi bulbul—în vecinătatea centrelor vasomotori şi secretori.—Pe lângă centrul bulbar ar mai fi şi un centru cerebral la extremitatea anterioară a lobului temporo-sphenoidal lângă gyrus uncinatus.

C. França. La rage chez le renard. Autorul semnalează, în afară de nodulii lui Van Gehuchten în vag şi a lui Babeş în bulb, o alteraţiune semnalată dejà de Cajal la câini care consistă în neuronophagia celulelor din ganglionul pneumogastricului. Ultimul element care dispare pare a fi neurofibrilele

Laignel Levastine. Application de l'imprégnation argentique de Cajal à l'étude histo-chimique de la cellule médullo-surrénale. Graţie acestei metode autorul a văzut în celulele medulare granulaţiuni negricioase, umplând celula lăsând necolorat nucleul. — Aceste granulaţiuni sunt datorite reducţiunii nitratului de Ag. prin adrenalină. (Reacţie ce se poate obţine şi în vitro).

Ed. & Et. Sergent. Sur des embryons de Filaire dans le sang du dromadaire. Autorii semnalează în sângele dromaderilor embrioni de filaria Evansi cari se găsesc în proporţie de $4-5^{0}/_{0}$. Această filarie este propăşită de tăuni şi dă loc la abcese subt-cutanate multiple.

Sabrazès et Bohnes. Examen du sang dans l'acromégalie. Singurul fapt insemnat de autori este o lymphocitosă care reaminteşte proporţia lymphocitelor din sângele copiilor.

No. 15.

D. Voinov. Les spermotoxines et la glande interstícielle. Autorul demonstră rolul apărător al glandei genitale mascule pe care-l joacă glanda interstiţială. — Având un ser spermotoxic foarte activ în vitro, în vivo n'a putut produce leziuni specifice. — Spermatozoizii erau sensibilizaţi — dar alexina nu ajungeà la; elementul nobil — ci erà sau neutralizată sau oprită în drum. — Acest rol disociator (între subst. sensibilizatrice şi alexină), erà datorit glandei interstiţiale care joacă rolul de apărător genital.

Levaditi et Sevin. Influence des sérums normaux des mammifères et des oiseaux sur le Trypanosoma paddæ. Mécanisme de l'Immunité naturelle vis-àvis du même Trypanosome.

1). Serul proaspăt de cobai nu aglutinează Trypanosomul Paddae. — Încălzit la 56⁰ aglutinează. — (Existenţa unei anti-aglutinine thermolabilă).

2). Serul guzganilor este imobilizant şi trypanolitic. — În acelaşi timp este şi hemolitic — Încălzit la 56⁰ şi reactivat cu ser de cobai sănătos — redevine hemolitic dar nu trypanolitic — ceeace ar indicà existenţa unei diferenţe între cytaza hemolitică şi cea trypanolytică.

3). Trypanosomul Paddae injectat la şoareci în peritoneu este distrus de leucociţi. — Injectat la guzgani se comportă diferit, se injectează la doi guzgani dintre cari unul a fost *preparat* (injecţie prealabilă de 2 cc. de $H^{2}0$ physiologică). — şi se constată că la guzganul nepreparat T. P. dispar repede din peritoneu graţie unei adevărate lyse — pe când la guzganul preparat T. P. persistă câtva timp.

În acest al II caz întărirea leucociţilor împiedică lysa trypanosomilor.

Nicolas. Recherches du Formol dans le lait. Graţie întrebuinţării în mod particular a diamido-phenolului sau clorhydratului acestei substanţe, amidolul se poate pune în evidenţă graţie fluorescentei proporţii de formol 1: 500.000.

A. Frouin. Action du suc intestinal sur la sécrétion entérique. Autorul caută să stabilească diferenţa care există între sucul intestinal şi secretina.—Pe când sucul intestinal lucrează în mod exclusiv asupra intestinului — secretina lucrează în afară de intestin asupra bilei şi pancreasului.

Doyon-Morel-Kareff. Action du tissu pulmonaire sur la coagulabilité du sang. Sângele triturat cu ţesut pulmonar devine incoagulabil, fibrina nu se produce şi fibringenul dispare după câtva timp.

Billet.—Sur une forme particulière de l'hématozoaire du paludisme décrite par Ed. & Et. Sergent. Autorul insistă asupra formei observate de fraţii Sergent în sângele unui copil, forma constituită prin mici vermiculi lungiţi şi curbaţi.

Autorul spune că aceste forme se observă în terţă — în ziua intercalară, aproape 24 ore după acces, — când parazitul părăseşte forma tânără anulară, se dezvoltă în detrimentul globulului sanguin, trimiţând pseudopozi. Unul din aceşti pseudopozi urmează conturul globulului şi revine la punctul de plecare. După autor, această formă fugace, reprezintă phylogenetic punctul de unire între Hematozoari şi Haemogregarine.

No. 16

A. Borrel.—Infection vermineuse et Spirochètes chez les souris cancéreuses. Autorul semnalează în centrul tumorilor sub-cutane şi ale metastazelor pulmonare, un procesus phagocitar, caracterizat prin mononucleari mari, conţinând detritusuri variate, ace şi solzi. Aceste substanţe provin dela helminţi, perfect caracterizaţi, cari se găsesc în diverse stadii de distrucţie. Pătrunderea helminţilor din intestine în tumori explică prezenţa spirocheţilor găsiţi în două cazuri în sinusurile sanguine ale tumorei (tumori neulcerate).

Lange. Sur une exo-toxine du bacille typhique. Luând exsudatul unui cobai, în peritoneul căruia s'a injectat 2—3 doze mortale, de Ebert, în apă peptonizată şi filtrând pe Berkefeld, filtratul omoară cobaiul în 18—48 de ore.

Filtratul trebueşte făcut repede şi injectat imediat. In caz contrariu, se alterează foarte repede.

H. Vincent.—Sur les propriétés pyogènes du bacille fusiforme Autorul după ce semnalează că afecţiunea numită noma este datorită asociaţiunei fuso-spirilare, semnalează această asociaţie, fie pură, fie cu alţi microbi, în numeroase supuraţiuni, cum: periostita dentară, flegmon sub-maxilar, pyothorax, etc.

G. Denigés. — Etude expérimentale de la localisation de l'As. Infirmation de la loi de Scolosuboff. Autorul confirmă primele cercetări ale lui Orfila, că se acumulează în ficat (în special lobul drept) mult mai mult As. decât în centrii nervoși, cum pretinde Scolosuboff. (43 milligr. în ficat, 1.1 creer și 0.8 măduvă spinărei.

A. S.

SOCIETATEA DE OBSTETRICĂ DIN PARIS.

ȘEDINȚA DELA 18 MAIU 1905.

Jeannin și **Cathala.** Perforațiune intestinală la un nou născut, fără indicațiunea cauzei.

Legrand. Asupra proprietăților galactogene ale lactogolului.

Lactagolul este un extract pulverulent insolubil în apă, din grăuntele bumbacului. Trei până la patru lingurițe pe zi ar augmenta în mod considerabil cantitatea și calitatea (?) laptelui.

Pierra. Notă asupra crioscopiei urinei la noul născut.

In afară de primele patru zile în care este hipertonică, concentrațiunea moleculară este foarte mică la noul născut sănătos.

La copiii infectați și mai ales la albuminurici, concentrațiunea ar crește în mod notabil.

Porak. Un caz de operațiunea lui Gigli.

Această operațiune consistă în secțiunea oblică a basenului cu ferăstrăul la o oarecare distanță de simfiza pubiană. Porak a executat'o într'un caz de basen foarte strîmt, în urmă aplică forcepsul, copilul viu. Deși se făcù o ruptură a vaginului pe de oparte, iar pe de altă parte oasele nu se reunìră decât prin o punte fibrală, totuși urmările operațiunii fură normale.

Durieux. Un caz de diabet zaharat în cursul sarcinei.

E vorba de o femeie la care în cursul celei de a treia sarcină se constată un diabet zaharat intens, 210 grame de glicoză pe litru.

Sub influența tratamentului, zahărul dispărù și nu mai apărù nici în puerperiu.

Macé și **Moncany.** Hernie labială a ovarului la un copil de două luni.

Cură radicală. Autorul insistă asupra greutății de deosebit aceste leziuni de chistele canalului lui Nück și asupra faptului că ovarul trebuie ridicat aceste hernii fiind foarte dureroase mai ales în urmă când se stabilește menstruația.

Discuție relativă la încălzirea clocitoarelor cu hidrat de bariu. (Macé, Boissard, Budin). Se relevă dificultatea de a aveà o temperatură constantă. Procedeul recomandat de Macé mai trebue controlat.

TRANCU-RAINER.

SOCIETATEA DE OBSTETRICĂ, GYNECOLOGIE ȘI DE PEDIATRIE DIN PARIS

ȘEDINȚA DELA 8 MAIU 1905.

Sauvage. Naștere într'un basen oblic ovalar.

Este vorba de un basen oblic ovalar larg, căci diametrul transveral util eră de 11c.m.4 după mensurațiunile radiografice.

Prin acest bazen trecù un făt de 4,700 grame şi cu un diametru biparietal de 10c m.1.

Couvelaire. Metastază uterină a unui cancer al stomcului, apărută în cursul sarcinei şi necesitând operaţiunea cezariană.

Segmentul inferior infiltrat de neoplazm erà transformat într'un canal rigid, absolut inextensibil. Fătul la termen a succombat după o oră şi jumătate, iar mama după 50 de zile. Existau trei metastase stenozante şi în intestinul gros.

Doléris. Prezintarea unui uter gravid exstirpat, atins de fibroame şi ridicat prin histerectomie.

Doléris. Fistulă largă recto-vaginală produsă de un pesar. Operaţie prin răsturnare, vindecare.

Este interesant de notat modul în care fistula a fost operată. La 2 c.m., de marginea fistulei se incizează o coleretă care fù *răsturnată* spre rectum, servind astfel ca dop.

Pe urmă se închide orificiul prin o sutură în bursă strânsă tare. In fine alte suturi de menţinere. Rezultatul bun.

Chirié. Hernie diafragmatică a întregului intestin în cavitatea pleurală stânga, congenitală, la un nou născut.

Discuţiune asupra tratamentului uterin în infecţiune puerperală.

Pinard deşì a restrâns în mod considerabil indicaţiunile răzuirei mucoasei uterine în infecţiunea puerperală, curba mortalităţii în serviciul său se menţine în mod constant descendentă, ceia ce arată că abuza atunci când în 1894 făceá răzuiri sistematice în serviciul său. Pentru el singurele indicaţiuni ale răzuirii sunt *retenţiunea de placentă* şi de membrane atunci când dau *lohii groase şi fetide.*

Wallich. Intervenţiunele intra-uterine trebuiesc rezervate pentru cazurile *foarte grave* cu manifestaţiuni precoce şi *exspectaţiunea trebue considerată ca preferabilă intervenţiunilor practicate în mod excesiv.*

Champetier consideră răzuirea ca excelentă cu condiţie ca ea să fie *precoce şi radicală.*

TRANCU-RAINER.

SOCIETATEA MEDICALĂ A SPITALELOR DIN PARIS

ŞEDINŢA DIN 2 MAI 1905

Belin. — Brièveté de l'immunité vaccinale. Belin raportează mai multe observaţiuni, culese la spitalul Aubervilliers, de bolnavi, cari au contractat variola la epoci destul de apropiate unei vaccinaţiuni pozitive.

Siredey, a observat asemenea cazuri. Este de observat însă benignitatea variolei.

Dufour susţine că, înmulţind inoculaţiunile vaccinului, se poate învinge imunitatea vaccinală; de unde regula practică deci către bue să apropiem vaccinările şi să facem inoculări multiple.

Achard şi **Louis Ramond.**—Potomanie chez un enfant. Prezintă un copil de 7 ani, greutate 15 kilo şi care bea zilnic 7—8 litri, urinând tot atât. Urina nu prezintă alte anomalii decât că erà diluată.

Patogenia poliurilor esenţiale a fost foarte discutată. Altă dată se admiteà că polidipsia ar fi faptul primitiv şi ca consecinţă am aveà, secundar, poliuria, autorii moderni constatând polidipsia ca simplu efect al poliurii necesară combaterii deshidratării, lucru ce se demonstră printr'un caz observat de către Eichorn, la care reducându-se cantitatea de băutură, s'a putut observà turburări, cantitatea de urină nediminuând.

La cazul lui Achard şi Ramond s'a putut diminua cantitatea de lichid la 1 litru $^1/_2$ pe zi, fără ca bolnavul să prezinte turburări, diureza a diminuat paralel şi nici nu s'a observat vreo scădere a greutăţii. E cert lucru că copilul bea fără ca să satisfacă o necesitate organică, ca adevăraţii poliurici, nici împinşi de dorinţa de a bea lichid, având un gust oarecare ca dipsomani, ci din cauza unei impulsiuni psichice. Erà deci o adevărată manie, care merită numele de potomanie.

De Massary spune că, în 1902 a prezintat o femee care aveà aceeaşi atracţiune nemoderată pentru alimentaţia cu carne, ca şi bolnavul lui Achard şi Ramond pentru lichide. S'a crezut la început că e un diabet azoturic, erà însă în realitate vorba de o turburare vesanică ca şi în cazul sus citat.

Claisse şi **P. Abramie**. — **Un cas de méningite tuberculeuse terminé par guérison.** C. şi P. A. au observat un bolnav de 30 ani, care a prezentat toate simptomele unei meningite. Lichidul cefalo-rachidian conţineà limfocite, fără a se puteà găsì bacilul lui Koch, totuşi s'a pus diagnosticul de meningită tuberculoasă. Prognosticul fiind fatal, autorii au făcut alte cercetări asupra lichidului cefalo-rachidian.

După 7 zile observându-se o amelioraţie, o nouă puncţie lombară făcută, arată o diminuare de limfocite, diagnosticul de meningită tuberculoasă păreà imposibil de susţinut, de aceea se făcù inoculaţii la doi cobai, unul din ei se tuberculiză.

După 15 zile bolnavul se restabilì perfect, căci făcându-se 2 puncţiuni lombare la 15 zile, după încetarea stării morbide, se constată lipsa complectă a iemfocitelor.

Moutard Martin a văzut un copil căruia i s'a pus diagnosticul de meningită tuberculoasă, din cauza granulaţiilor tuberculoase pe retină şi care a trăit 3 ani, conservând cecitatea şi o hemiplegie, apoi avù un puseu de meningită şi murì; deci trebue să fim rezervaţi în prognosticul meningitelor vindecate.

Ménétrier aminteşte, că a raportat, cazul unui bolnav cu tuberculoză pulmonară, care prezintă accidente meningee ce au dispărut în momentul apariţiei unei flegmatia-alba-dolens. Autorul interpretase cazul ca un exemplu de vindecare din cauza flegmaţiei, care a jucat rolul de abces de fixaţie. Interpretarea nu a fost admisă.

Observaţia lui Claisse şi Abramie dă cu toate acestea mai mult crezământ ipotezii lui.

Achard a observat la un bolnav cu fenomene delirante, o stare meningevagă; el a prezintat în urmă fenomene pleuro-pulmonare. Bolnavul se însănătoşi. Patru luni după aceea intră în spital cu semne indiscutabile de meningită tuberculoasă, de care şi murì. Oare primele accidente prezintate nu ar puteà fi considerate ca o bacilemie meningee şi pleurală, de care se vindecă. Achard face o rezervă asupra prognosticului acestor meningite bacilare, ce par a se vindecà.

Barbier a observat în antecedentele copiilor ce muriau de meningită tuberculoasă, accidente cari indicau o iritaţie meningee anterioară. E posibil ca să fi fost vorba de o granulie meningee atenuată şi curabilă. Deci, trebue să fim rezervaţi în ceea ce priveşte prognosticul acestor bolnavi.

Sicard a observat un bolnav mort de meningită în serviciul d-lui Brissaud şi care prezintase cu un an înainte accidente, ce indicau mai multe pusee meningitice.

Sicard se miră că în observaţia lui Claisse şi Abramie, lichidul care tuberculizase animalele în doză slabă (2 cm. cub.), nu s'a găsit bacilul, Koch, după centrifugare şi că nu s'a găsit decât limfocite, căci unde sunt bacili, se află aproape în totdeauna o polinucleoză uşoară. Ar fi trebuit să se facă inoculaţii în serie cu cobaiul tuberculizat şi să caute bacilul în şancru de inoculaţie.

Griffon crede că, punctul principal în cazul lui Claisse şi Abramie este tuberculizarea cobaiului şi deci o meningită sigură tuberculoasă şi vindecată.

Absenţa bacilului pe preparaţii microscopice nu e de mirat, căci nu există corelaţie între constatarea bacilului în lichidul centrifugat şi virulenţa acestui lichid. Este mai mare discordanţă, lichidul fiind virulent la începutul boalei şi neprezentând o cantitate de bacili suficientă pentru a puteà fi decelaţi prin examenul microscopic direct, decât la un period destul de înaintat al evoluţii meningitei.

Dufour crede că acolo unde se constată simptome cerebrale vagi cu remisiuni lungi şi terminate mai târziu prin meningite tuberculoase, ar fi vorba de tubercule cerebrale primitive, meningita tuberculoasă arătându-se secundar şi mortală.

Comby nu cunoaşte observaţii probante de meningită tuberculoasă la copii terminată prin vindecare. Ar trebuì revizuite cazurile în care proba tuberculoasă a accidentelor meningee a fost dată de oftalmologi, constatarea granulaţiilor coroidiene erau altă dată regulă, astăzi este excepţiune.

P. Gal.

Şedinţa din 10 Mai 1905

Labbé.—Diabète d'origine infectieuse.. L. comunică două cazuri observate în convalescenţa unei maladii infecţioase.

Cel dintâiu se referă la un bolnav de 45 ani, care în Februarie 1905 avù o angină. Urina nu conţineà zahăr. O lună după aceea revine de la ţară cu simptomele diabetului şi în urine se găseşte 83 grame zahăr $^{0}/_{00}$ sau 415 gr. pe zi, făcând 5 litri urină; după injecţiile cu cacodilat sodiu şi regim, simptomele diabetului diminuă foarte repede şi dispar după câtevà săptămâni.

In cel de al doilea este vorba de o femee de 67 ani, devenită diabetică în timpul convalescenţii unei infecţii naso-farigiene. Vindecarea s'a făcut ca şi în celălalt caz.

Autorul conchide că există un diabet de origină infecţioasă, care se manifestă sub formă de glicozurie alimentară, când infecţiunea este uşoară şi sub acela de glicozurie permanentă cu simptome grave, când infecţia este mai serioasă şi atinge pe un individ predispus.

Vaquez. — Méningite tuberculeuse suivie de guérison. V. relatează cazul unei meningite tuberculoase terminată prin însănătoşire ca şi acela al lui Claisse şi Abramie.

Este vorba de un bolnav de 25 ani, la care natura meningitei a fost confirmată prin examenul lichidului cefalo-rachidian şi inoculaţii la animale. S'a scos prin puncţie un lichid cefalo-rachidian turbure cu limfocite numeroase şi care inoculat, dete o tuberculoză tipică.

În perioda de vindecare, lichidul fù găsit limpede, conţinând foarte rare limfocite şi inoculaţiile rămase negative.

Deşi acum bolnavul se află bine, totuşi nu am puteà vorbì decât de o rimisiune, dacă presupunem că orice bolnav prezintând o bună atingere tuberculoasă, este expus la accidente ulterioare de aceeaşi natură.

Claisse zice că cei 2 cobai inoculaţi cu lichidul cefalo-rachidian dela bolnavul său, au fost sacrificaţi şi prezintau leziuni cazeoase la punctul de inoculare şi granulatii tuberculoase în splină şi pulmon.

P. GAL.

SOCIETATEA PENTRU MEDICINĂ INTERNĂ DIN BERLIN

ŞEDINŢA DELA 3 APRILIE 1905.

Discuţia asupra raportului d-lui Karewski: Cauzele, profilaxia şi tratamentul Peritiflitei.

C. Benda crede că Apendicita este continuarea procesului inflamator intestinal, pe care îl reproduce.

Karewski susţineà că singurul loc atacat al apendicelui, în primul timp, este aparatul limfatic.

Procesele ce se petrec în apendice sunt identice celor ce se petrec în ileon (arată preparate din două cazuri).

Pe baza acordului anatomo-patologic dintre formele grele de apendicită şi inflamaţiile ce se întâlnesc în ileon, consideră că in amândouă cazurile, cauzele sunt identice. După Benda cauzele formelor fudroyante de apendicită ar fi două: 1) strangularea apendicelui prin calcule stercorale şi 2) o inflamaţie secondară a apendicelui, strangulat printr'o inflamaţie anterioară. În consecinţă formele maligne de apendicită sunt două: I) *Apendicită fudroyantă* legată mai totdeauna de calcul şi II) *Recidivă fudroyantă* de apendicită.

Becker crede că operaţia nu este totdeauna necesară. Din 60 cazuri, tratate conservativ, nu a avut nici un caz mortal. Mai crede că corpurile străine n'ar fi totdeauna cauza. Unde nu se poate pune precis diagnosticul de apendicită, este bine a se consultà medicul.

Martin Bloch relatează observaţia clinică a unui caz citat de Benda, care omisese să menţioneze gastrita hemoragică şi ulceraţiile ileonului, cauzele ocazionante ale perforaţiei apendicelui, deja predispus.

A. Fraenkel crede că dacă în cazuri de peritiflită în primele 24 ore apar simptome peritoneale, singura indicație este intervenția chirurgicală. O mare greșeală făcută de unii medici, este întrebuințarea purgativului, fără cercetări detaliate asupra abdomenului, căci după cum spuneà d-l Benda, cel mai însemnat moment de agravare e acela produs prin contracțiile colicale ale apendicelui.

D-l Albu este contra purgativelor în apendicită, dar este și contra medicațiunii opiacee, care întunecă adeseaori imaginea boalei.

Becher citează un caz, în care deși fusese recidivă, vindecarea s'a obținut prin tratament medical.

A. Fraenkel reià cuvântul ca să-și susție opinia emisă asupra medicațiunii opiacee.

Hirschfeld citează cataplasmele hidropatice, pentru a obține distinderea mușchilor abdominali. E un mijloc bun, pentru facilitarea palpației.

I. Ruhemann arată că mortalitatea în apendicită a crescut. Citează doi copii bolnăviți unul după altul de apendicită, la cari bănuește că angina ar fi jucat un rol etiologic.

Karewski e de acord cu Prof. Benda, care a arătat că formele grave de peritiflită sunt produse de stenoze și calculi. Dar apendicita nu e tot una cu peri-tiflita. Apendicita e un proces intern apendicular, iar peri-tiflita este procesul ce se grefează pe peritoneu, plecând dela o inflamație banală a mucoasei. A voit să provoace o discuție asupra mijloacelor de prevenire, apendicitei și să arate că de multe ori catarele considerate ca ușoare, dau naștere la peri-tiflită.

(După: *Deutsche medicinische Wochenschrift* din 18 și 25 Maiu 1905).

C. I. M.

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS

Ședința dela 6 Aprilie 1905.

La deschiderea ședinței profesorul **Brissaud** președintele societății, face elogiul unuia din membrii dispăruți ai Societății și care fusese tot așà de mult neurologist ca și oftalmologist. E vorba de **Parinaud,** căruia-i datorim studiile cele mai interesante asupra paraliziilor oculare asociate.

Se prezintă comunicările următoare:

Henri Claude. Formă pseudobulbară a sclerozei în plăci. Oppenheim, Leyden și Goldschleider au descris o formă bulbară a sclerozei multiloculare. Bolnavul lui Claude amintește mai mult forma pseudobulbară de natură cerebrală. Turburări de vorbire, turburări în diferitele mișcări a mușchilor feței fără atrofie și cu reacțiile electrice normale, râs spasmodic. In plus nistagmusul, tremurătura și inabilitatea mâinilor, oboseala repede, o paraplegie spasmodică. Debutul în urma unei maladii infecțioase, caracterul progresiv al boalei fac pe autor să admită în acest caz scleroza în plăci.

J. Chaillons P. Pagniez. Oftalmoplegie externă bilaterală congenitală și ereditară. Mama, fica și nepoata prezentau câte-și treile această oftalmoplegie Musculatura internă erà intactă. E un caz tipic de ereditate similară teratologică prin aplasie nucleară probabilă.

A. Souques. Leziune bulboprotuberanţială unilaterală interesând hipoglosul, facialul şi ramura vestibulară a acusticului. Bolnavul lui Souques prezenta o hemiatrofie a limbei însoţită de un hemispasm facial. La început a mai avut ameţeli repetate. Admite ca părerea cea mai probabilă o leziune centrală, care ar irita facialul şi la început şi vestibularul în traectul lor bulbar unde acesta din urmă e separat de coclear şi care a distrus nucleul sau fibrele hipoglosului.

J. Babinski. Hemispasm facial periferic. La bolnavul acesta contracţiunile sunt simple, brusce, de scurtă durată când ajung la o stare spasmodică ce persistă mai multe secunde întocmai ca şi când s'ar electrizà nervul facial şi s'ar obţine mai întâiu contracţiunile elementare apoi tetanosul muscular. Oboseala, mişcările voluntare exagerează contracţiunile. Voinţa n'are nici o putere asupra lor. *Persistă în timpul somnului.* Sunt *uniluterale.* La începutul crizei sunt limitate la unii muşchi sau fascicule de muşchi. Contracţiunile sunt *deformante.* Aşà vârful nasului e îndreptat în spre partea contracţiunilor şi marginea anterioară a nasului face o curbă cu concavitatea de aceeaşi parte. In plus se observă o gropiţă ce apare de aceeaşi parte a bărbiei. Autorul mai notează ceea ce numeşte el *sinergia paradoxală.* Când orbicularul pleoapelor se contractă se vede în acelaşi timp o contracţiune a frontalului ce trage pielea frunţei în sus. Alte mişcări contradictorii mai există, aşà o contracţiune a pielosului in acelaşi timp cu o mişcare a comisurei labiale în sus şi în afară sau concomitent cu aceasta din urmă o ridicare şi o tracţiune înapoi a pavilionului urechei.

Brissaud admisese că spasmele sunt mişcări consecutive iritaţiunii unui arc reflex în ori ce parte al lui. Babinski nu crede că o excitaţie a unui nerv sensitiv ar puteà produce aceleaşi mişcări ca cele determinate de excitaţiunea unui nerv motor, insistă asupra asemănărilor dintre spasmul consecutiv iritaţiunii nervului periferic sau a nucleului său şi acela ce se observă în contractura facială ce succede paraliziei.

H. Meige insistă asupra deosebirilor obiective dintre *tic* şi *spasm.* In primul mişcările sunt bilaterale, au un caracter intenţional, în spasm sunt unilaterale cu caracterul celor produse de excitaţia electrică a nervului, mişcările sunt inexpresive, ilogice. Uneori se observă roşeaţă şi sudoare unilaterală sau hemiedemul feţei. Lannois a văzut turburări auditive de partea contracţiunilor.

Huet insistă asupra deosebirilor ce ar puteà diferenţia spasmul facial propriu zis de cel ce urmează unei paralizii. Acì mişcările apar mai ales în timpul actelor voluntare ca şi deviaţiunile consecutive exagerării contracturei care de altfel e permanentă. Există mişcări asociate ale ochiului în timpul acelora ale comisurei labiale şi invers.

De Masary crede că mişcările din ticul dureros al feţei n'au caracterul spasmului periferic, ci mai mult caracterul mişcărilor intenţionate, ceea ce le apropie de mişcările de apărare cari repetate pot devenì un adevărat tic. Când leziunea e centrală, s'ar puteà însă să existe un spasm adevărat împreună cu nevralgia.

Brissaud constată că grație unei analize amănunțite a mișcărilor, putem azi diferenția ticul de spasm. Mișcările din nevralgiile dentare au adeseori caracterul unor mișcări de apărare și ne putem întrebà dacă acelea din nevralgia trigemenului succed într'adevăr iritațiunii periferice ca un act reflex.

H. Meige. Geniospasm și geniotic. La o bolnavă în urma mai multor intervenții chirurgicale asupra regiuni submaxilare apar contracțiuni mentoniere cu caracterul parcelar al celor din spasmele adevărate. Admite o iritațiune a uneia din ramurile facialului. E un *geniospasm.*

Massaro a observat contracțiuni mentoniere la 26 membrii din aceeași familie, în 5 generațiuni. Contracțiunile în cazurile acestea erau bilaterale și **Meige** admite contrariu lui Massaro că erà vorba de un *geniotic.*

Oulmont și **Baudouin.** Paralizie bulbospinală astenică. Un bărbat de 60 ani, scleros, etilic, nesifilitic în urma unei luxații a tibiei e immobilizat în pat într'un aparat gipsat. Când, peste aproape o lună, i se permite să se ridice, se constată că bolnavul e incapabil. De asemenea nu poate întoarce nici capul sau trunchiul. Mușchii umărului și tricepsul sunt paretici. Excitabilitatea electrică diminuată fără reacție de degenerescență sau miastenică. Poliurie de 8—10 litri pe zi, cu albumină, fără zahăr. Crize de tahicardie cu dureri precordiale ținând câteva minute. Apare o escară sacrată, incontinența de urină și materii fecale întunecând considerabil prognosticul. Dar totul se amendează cu încetul și bolnavul peste două luni și ceva dela debutul fenomenelor astenice poate părăsi spitalul.

Autorii se gândesc la o autointoxicație de origine renală la un nefretic interstițial immobilizat în pat cu un regim bogat în carne și cu o alimentație copioasă.

Max Egger. Un caz de scleroză laterală amiotrofică asociată cu o scleroză a cordonului posterior. Bolnavul prezintă fenomene tabetice, dureri fulgurante, turburări a sensibilității osoase la unul din membrele inferioare, și ale percepțiunii atitudinilor mâinilor, antebrațelor, gambelor și picioarelor. Ipotonie musculară Stare paretospasmodică a membrelor inferioare apoi a celor superioare urmată de atrofie cu o adevărată tetraplegie. Exagerarea reflexelor achileene și rotuliene. Semnul lui Babinski, trepidație epileptoidă. Mișcările automatice respiratorii studiate cu ajutorul graficelor sunt normale.

Gaussel. Hématorachis supra-dur-matern. Puncția lombară. Autopsie. Bolnavul din acest caz a căzut dela 4 metrii căpătând o tetraplegie. Se constată o fractură a coloanei vertebrale. O primă puncție lombară pătrunzând numai cu $^2/_3$ din lungimea acului dă un lichid cu caracterele sângelui necoagulat. Mișcările de retragere sau de înfundare imprimate acului arată că nu e vorba de puncțiunea unei vene. O puncție mai profundă dă scurgere unui lichid cefalorachidian limpede. Autorii diagnosticează un hematom deasupra durei mater pe care autopsia îl confirmă.

L. Haskovec. Lichidul rachidian într'un caz de diabet zaharat. Diabetic cu turburări cerebro-spinale și cu psihice. Urina conține 6 gr. 50 zahar la litru, iar lichidul cefalorachidian *urme nedeterminabile.*

Alți autori au găsit, din contră, zahărul mărit în lichidul cefalorachidian.

C. Parhon.

SOCIETATEA DE TERAPEUTICA DIN PARIS

Ședința din 24 Mai 1905.

M. Pouchet și **Chevalier**, comunică un studiu asupra Borneolului (formiat, acetat, propionat și valerianat) și arată că e toxic pentru cobai în doză de 0.80—0.90 pe kgr., pentru pisici 1 gr până la 1 gr. 10, pentru câini 1 gr. 50 până la 1 gr. 75. Borneolul și eterii lui sunt otrăvuri, mai cu seamă ale sistemului nervos central. In doze mici produce întâiu o excitație, mărind doza se produce pareză, iar în doză mai mare, o adevărată paralizie. Sensibilitatea dispare cea dintâiu, în urmă mișcarea și apoi reflectivitatea. Acțiunea Borneolului asupra circulațiunii se apropie de aceea a camforului, provoacă repede o creștere a energiei cardiace cu împuținarea bătăilor cordului. Nu e toxic al cordului. A fost utilizat în terapeutică de doi ani ca sedativ al sistemului nervos, ca antispasmodic și chiar ca analgezic. A fost dat în comerț în capsule gelatinoase și cunoscut în Germania sub numele de Bornyval (valerinat de B), în Franța sub numele de Bonvalerine (amestec de acetat și valerianat de B.)

Yvon. Comunică un *procedeu pentru a masca gustul chininei.* In Algeria adulții absorb chinina în zeama unei lămâi; la copii însă acest mod de absorbțiune fiind imposibil, autorul a închipuit următorul mijloc să-i mascheze gustul, evitând contactul cu limba. Pentru aceasta înglobează chinina într'un corp gras, adaogă puțin bicarb. de sodiu pentru a neutralizà acizii cari pot să se găsească pe suprafața limbii și să dizolve o mică cantitate de chinină. In definitiv ia 90 gr. de chinină, 10 gr. de unt de migdale dulci dizolvat în eter, face o pastă în care adaogă un alcalin și aromatizează cu puțină lămâe sau mentă. Dacă e înghițită repede, chinina nu lasă nici un gust neplăcut.

Dr. Tatușescu.

SOCIETĂȚI SAVANTE ROMÂNE

SOCIETATEA DE CHIRURGIE DIN BUCUREȘTI

Ședința dela 6 Aprilie 1905

Prezintări de bolnavi :

Prof. Severeanu Plăgi perforante ale abdomenului prin armă de foc. Laparatomie, enterorafie, vindecare. Prezintă o bolnavă care în noaptea de 27 Februarie a. c., primise un glonte în ipocondrul stâng; adusă imediat în spital, e văzută de internul de gardă și de Dr. Constantinescu, care văzând starea generală a bolnavei destul de bună, n'a crezut de cuviinţă să intervină imediat. A doua zi examinată în serviciu de d-l Prof. Severeanu găseşte o sensibilitate a întregului abdomen şi o rezistenţă musculară, şi admite posibilitatea unor leziuni mai grave şi intervine imediat: Laparatomie, din cavitatea abdominală se scurge un lichid roşcat amestecat cu materii fecale; examinând intestinul, găseşte la $1^1/_2$ metru dela valvula ileo-cecală 3 perforaţii complecte; rezeacă marginile orificiului şi le coase; spălături abundente cu ser în cavitatea abdominală, pune un dren Mikulicz scos prin unghiul inferior al plăgii, închizând restul. După operaţie, nici o reacţiune peritoneală; bolnava se vindecă.

Dr. Bălăcescu, susţine că intervenţiunea trebue făcută imediat, când ne găsim în faţa unei plăgi abdominale şi cu atât mai mult în cazul de faţă, unde erà o plagă prin armă de foc şi unde perforaţia şi leziunile intra-abdominale sunt aproape sigure.

Prof. Toma Ionescu. Două cazuri de volvulus al colonului pelvian, operate sub rachiostovainizare. Vindecare. Prezintă 2 bolnavi intraţi în serviciul d-sale, unul în ziua de 20 Martie, celălalt la 25 aceeaşi lună, cu fenomene de ocluzie intestinală şi unde intervenţiunea s'a făcut imediat, la cel dintâiu de d-sa, la cel de al doilea de Dr. Poenaru-Căplescu. Rachio-stovainizare cu câte 7 ctgr. Laparatomie; se constată un volvulus al colonului pelvian, se detorsionează intestinul şi se închide plaga abdominală. Anestezia a fost perfectă, fără nici o turburare ulterioară; bolnavii sunt vindecaţi.

Dr. Racoviceanu-Piteşti. Relativ la anestezia prin rachio-stovainizare, atrage atenţiunea asupra concluziunilor din teza d-rei Dr. Protopopescu, asupra rachio-stovainizării şi ale cărei concluziuni nu sunt în concordanţă cu faptele observate şi relatate de d-sa Societăţii de chirurgie; a observat cazuri de lipotimii, sudori ale feţei şi paloare ca şi in rachio-cocainizare; susţine că trebueşte cel puţin 7 ctgr. pentru anestezie în cura radicală a unei hernii inguinale, iar nu 4 ctgr.; n'a observat nici odată paraplegia membrelor inferioare, ce se dă ca semn sigur în rachio-stovainizare; în 3 cazuri a avut retenţiune de urină; nici odată incontinenţa materiilor fecale.

Prezentări de piese:

Prof. T. Ionescu. Prezintă 3 piese ce provin dela bolnavi cu epiteliom al stomacului. Cea dintâiu piesă reprezintă stomacul aproape în întregime, obţinut prin gastrectomie în ziua de 22 Martie, mai rămăsese o porţiune sănătoasă in vecinătatea cardiei la care a anastomozat jejunul secţionat transversal, complectând operaţia cu o jejuno-jejunostomie laterală. Bolnavul sucombă de inaniţie la 27 Martie; la necropsie nu s'a găsit nici o complicaţie.

A doua piesă e un stomac dela un bolnav gastrectomizat prin procedeul al doilea al lui Billroth: închiderea ambelor capete de secţiune şi gastro-jejunostomie. Bolnavul sucombă după 20 de zile, cu fenomene de caverne pulmonare.

A treia piesă provine de la necropsie; fiind un neoplasm întins al stomacului, practică o jejunostomie, secţionând jejunul transversal, trecând capătul periferic prin grosimea muschiului drept, pentru a-l deschide la exterior, iar cu cel central se practică o jejuno-jejunostomie termino-laterală. Bolnavul a fost hrănit prin noua gură şi a mai trăit o lună de zile.

Dr. Herescu. Calcule renale obţinute prin 2 nefrolitotomii şi o nefrectomie. Vindecare.. — 1) Prezintă 3 calculi extraşi prin 2 nefrotomii dela 2 bolnavi a căror prezenţă pe lângă simptomele clinice ce le prezentà, au fost confirmate şi prin radio-grafia, făcută de Dr. G. Severeanu. Cea dintâi bolnavă prezinta şi fenomene de mic-brightism, cari au dispărut după observaţie; ambii s'au vindecat.

2) Mai prezintă un rinichiu cu un calcul dela un bolnav căruia i-a practicat nefrectomia, leziunile de pionefroză fiiind prea înaintate.

Dr. Racoviceanu. Isterectomie abdominală totală pentru degenerescenţa kistică a ovarelor. — Prezintă uterul cu anexele dela o bolnavă cu dureri extrem de violente în abdomen şi la cari prin tuşeul combinat, a găsit uterul şi anexele mărite de volum şi dureroase; a făcut isterectomia abdominală totală; ovarele cu degenerescenţă kistică. E a 7-a zi dela operaţie şi bolnava e bine.

DR. COHN.

SOCIETATEA MEDICO-CHIRURGICALĂ DIN IAŞI

ŞEDINŢA DE LA 2 MAI 1905

Dr. Manicatide, făcând examenul bacteriologic al secreţiunilor faringiene la 28 bolnavi de febră tifoidă, a putut izolà, graţie mediului lui Drigalski şi Conradi, de 18 ori un bacil, a cărui identitate a stabilit'o apoi prin aglutinare şi cultură pe diferite medii, cu bacilul febrei tifoide a laboratorului, A stabilit deci, în cel puţin 64% din cazurile de febră tifoidă, prezenţa bacilului specific în faringele bolnavilor, mai des prin urmare decât chiar în urină şi materii fecale. Această constatare ar puteà servì pentru diagnosticul bacteriologic al boalei,—diagnostic precoce şi repede—precum şi pentru luarea oare-căror măsuri de desinfectare a gurei şi faringelui pentru evitarea infecţiunii la persoanele expuse.

Dr. Solomovici citeşte observaţiunea unei copile de 9 ani, care in 2--3 rânduri a prezintat anurie absolută în timp de 24 şi 43 ore, fără nici o turburare a sănătăţii generale, fără nici o alterare de compoziţiune a urinei Copila aveà oare-cari turburări nervoase şi o ereditate destul de încărcată încât referentul consideră anuria de natură isterică.

Dr. Manicatide. In legătură cu zgomotele răspândite şi cu frica ce a coprins pe unii medici chiar, de meningita epidemică, observă că există într'adevăr o creştere a numărului meningitelor în anul acesta. Prin clinica infantilă din Iaşi, au trecut din Ianuarie până la sfârşitul lui Aprilie 16 cazuri de meningită, pe când în anul trecut nu fuseseră decât 6 cazuri. In mod regulat se observă o grămădire de cazuri primăvara; anul acesta însă, într'o lună, dela sfârşitul lui Martie până la sfârşitul lui Aprilie, 14 cazuri. Nu sunt însă toate meningitele epidemice. 12 cazuri au fost meningite tuberculoase, diagnosticate sigur prin aflarea bacilului specific în lichidul cefalo-rachidian, 2 cazuri au fost meningite cerebrospinale cu pneumoncoci (ambele primitive şi diagnosticate asemenea prin examen bacteriologic), şi numai 2 cazuri cu meningococ, unul din strada Romană, altul din strada Sinagogelor, aproape la 2 extrămităţi opuse ale oraşului. Prezintă preparate şi culturi din cele din urmă 4 cazuri, dintro cari unul cu meningococ este pe cale de vindecare [1]), altul a sucombat cu septicemie şi endocardită cu meningococ. Referentul crede că nu poate fi vorba de o meningită epidemică importată, pentru că meningococul face în fie-care an câtevà victime, dar trece neobservat. Astfel, când erà în Bucureşti, a putut dovedì existenţa unei mici epidemii, (Soc. ştiinţelor medicale, 1899), acum 2 ani aci in Iaşi a comunicat 10 cazuri observate în cursul unui an. (Soc. de medici şi naturalişti, 1903), fără ca în împrejurimi să fi fost vorba de vreo epidemie. Ar înclinà chiar să creadă că şi epidemia din Silesia nu este importată din America, ci că ar fi datorită exagerării virulenţei pe loc a meningococului sau mai posibil unei dispoziţiuni mai mari la îmbolnăvire a meningelor (fie prin efectul iernei grele, a variaţiunilor de temperatură), pentru că altfel nu s'ar puteà explicà frecuenţa mai mare a tutulor formelor de meningită: tuberculoasă, pneumococică şi meningococică. Crede că înainte de a se alarmà publicul, trebue să se facă o cercetare minuţioasă a cazului şi astăzi avem mijloace să facem diagnosticul ştiinţificeşte exact al naturii meningitei în câtevà ore. M.

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE

ŞEDINŢA DIN 28 APRILIE 1905

D-l Dr. E. Sterian. Corsetul în tuberculoza pulmonară şi în dilataţiunea de stomac. D-sa e de părere că purtarea corsetului ar aveà o acţiune profilactică faţă de aceste maladii.

D-l Dr. C. Parhon. Consideraţiuni asupra unui caz de tetanie de natură tiroidiană. Relatarea unei observaţiuni de tetanie la o bolnavă în vârstă de 20 ani. Semnul lui Trousseau evident. Excitabilitatea electrică pare mărită. Excitând medianul se produc contracţiuni cu 0,5 MA. N'a putut produce semnul lui Chvostek. Nervii sensitivi hiperexcitabili. Pulsul frecuent. A încercat tratamentul tiroidian, câte $^1/_2$ linguriţă din emulsiunea glicerinată $^1/_5$, pe zi. A observat o uşoară ameliorare, accesele diminuând ca frecuenţă şi intensitate. Discută patogenia tetaniei, care e un sindrom ce se întâlneşte: 1) în infecţiuni; 2) la bolnavi cu dilataţiune de stomac; 3) în rachitism; 4) la bolnavi ce au suferit ablaţiunea corpului tiroid; 5) în alte cazuri de afecţiuni ale acestei glande aşà Dupré şi Guillain, Fraisseix, Hirschl au văzut-o coexistând cu maladia lui Basedow. Cazul de faţă trebue pus tot între acelea de tetanie de origină tiroidienă, bolnava prezentând o guşe ce a precedat cu două luni apariţiunea tetaniei, mai prezintă încă frecuenţa pulsului şi tremurături. 6) La femei cu turburări de menstruaţie, sau în timpul lactaţiunii şi sarcinii.

Autorul crede că aceste cazuri trebuesc puse tot pe contul corpului tiroid. Se ştie că există legături intime între glandele genitale şi în special ovarele şi corpul tiroid, cari pentru d-sa şi pentru d-l Dr. Goldstein, ar fi de natură antagonistă. Pe de altă parte există raporturi sigure între corpul tiroid și lactațiune ori sarcină.

---

[1]) Complect vindecat mai în urmă.

Unii autori ca Hértoghe, Browning și Brooklin, pun și rachitismul pe contul corpului tiroid. Alții pe contul turburărilor digestive. In acest caz tetania rachiticilor și aceea a bolnavilor cu gastrectazie ar fi foarte înrudite. Dar se știe că nu toți bolnavii cu turburări digestive fac tetanie. Mai e nevoie de un alt factor și acesta e probabil o alterațiune a organelor tiroidiene. Chiar în tetania ce survine în infecțiuni e probabil că o parte revine aparatului tiroidian și Roger a arătat frecuența alterațiunilor tiroidiene în tetanie. Cu chipul acesta patogenia tetaniei s'ar găsì unificată.

Comunicatorul a vorbit până aci de corpul tiroid în accepțiunea largă a cuvântului. De fapt însă zice d-sa, *trebue să distingem glanda tiroidă propriu zisă cu funcțiune trofică de cele paratiroide cu funcțiunea antitoxică. Tetania e sindromul ce corespunde deficitului glandelor paratiroide.* Numeroase fapte și în special experiențele lui Lusena, Vassale și Generalli, Jeandelize probează cu prisosință acest fapt.

Rezultă chiar din experiențele autorilor italieni citați aci, că animalele cu ablațiunea tiro-paratiroidiană rezistă mai bine decât acelea cu simplă paratiroidectomie și că ablațiunea corpului tiroid, face să diminue sau să dispară tetania ce succede extirpării paratiroidelor.

D-sa relevează contradicțiunea ce există între aceste fapte și cazurile clinice în cari corpul tiroid administrat la bolnavi cu tetanie a dat rezultate satisfăcătoare. Așà Levi-Dorn, Mikulicz, Gottstein, Bramwell, Romanoff (în 4 cazuri), Oppenheim, Abt, Lundberg au obținut rezultate bune. Singur Mannaberg ar fi avut rezultate rele. Insuși Vassale la o cățea cu glandele paratiroide extirpate a văzut o tetanie gravidică dispărând în urma administrării tiroidinii. *A priori* ar fi trebuit după rezultatul experiențelor sale cu Generalli și ale lui Lusena ca să observe o agravare.

D-l Dr. Parhon, se întreabă care ar fi cauza acestei contradicțiuni. I se pare probabil că ceeace se numește de obiceiu opoterapie tiroidiană e în acelaș timp și paratiroidiană și acțiunea produselor paratiroidiane ar fi cele cari dau rezultatele bune.

Ar fi de încercat opoterapia pur paratiroidiană care a dat rezultate bune lui Mousson în tetania experimentală. In fine, experiențele autorilor italieni amintite mai sus, îl fac să se întrebe dacă preparatele de lapte sau serul animalelor cu glanda tiroidă extirpată (rodagenul, serul lui Moebius) n'ar puteà fi utilizate, uneori cel puțin.

D-l Prof. Marinescu, în discuțiunea cazului insistă asupra simptomelor bazedowiene ce prezintă bolnava și bazat pe raritatea acestei coexistențe nu crede că există o legătură între glanda tiroidă propriu zisă și tetanie, admițând și d-sa natura paratiroidiană a tetaniei.

PARHON.

D-l Dr. Bărdescu. Suspendarea uterului prin transpozițiunea ligamentelor rotunde. Operația se compune din două acte: I. Tratamentul leziunilor și reducerea retrodeviațiunii; II. Suspendarea uterului prin transpoziția ligamentelor rotunde. Acest al doilea act este o modificare originală a procedeului lui Doléris și se execută în modul următor: La jumătatea inciziei de laparatomie subt-ombilicală și la o distanță de 2—3cm. de marginea plăgii se face o butonieră, transfigând cu bisturiul mușchii drepți și aponevroza lor precum și peritoneul. Prin orificiile făcute se trece câte o pensă cu dinți cu ajutorul căreia se exteriorizează ligamentele rotunde apucându-le la o distanță oarecare de inserția lor și se fixează în noua lor poziție prin 4 suturi cu catgut, trecute prin comisurile butonierelor și care coprind mușchiul și aponevroza precum și ligamentul larg, putând să servească în același timp și la reducerea dimensiunilor butonierelor, în caz dacă ele au eșit mai mari de $1^1/_2$ cm.— Se închide cavitatea abdominală ca de obicei, printr'o sutură continuă.—Acum se apropie una de alta ansele formate de ligamentele rotunde exteriorizate, se pun în contact una cu alta și se fixează prin 3 suturi cu catgut, acul fiind trecut cu îngrijire prin ligament iar nu prin peritoneul lui, astfel ca să străpungă și aponevroza păretului abdominal. Rezultă din adosarea acestor anse un cordon unic, solidarizat în mod strâns cu peretele abdominal. Se face cusătura pielii cu crin de Florența, care se îndepărtează în ziua a noua.

Procedeul a dat vindecare complectă, fără accidente, nici complicații, în 5 cazuri. A fost publicat de d. Bărdescu mai întâi în „Spitalul“, în Ianuarie 1903; în 1904 a apărut în „Centralblatt f. Gynäkologie“, No. 3.

RAINER.

ȘEDINȚA DIN 9 MAIU 1905.

D-l Dr. Noica prezintă un caz de tic dureros al feței. Boala datează de 9 ani și a debutat prin accese nevralgice în partea dreaptă a feței cari veniau la câte o săptămână, apoi mai des. Anumite mișcări ca cele de masticație rechemau durerile. D-l Dr. Bărdescu i-a făcut rezecția ramurelor periferice ale trigemenului, dar durerile au recidivat. Accesele se însoțesc de mișcări clonice ale mușchilor feței. Bolnavul prezintă o ipoestezie în $^1/_2$ dreapt a corpului, ceea ce a făcut pe d-l Prof. Marinescu să se întrebe dacă nu cumva e vorba de un isteric. In plus acum câțiva ani bolnavul a avut 2 perderi de conștiință, apropos de cari comunicatorul amintește de relațiunile dintre epilepsie și ticul dureros al feței. Bolnavul mai prezintă o ipersecreție sudorală. De partea dreaptă în dreptul malaruiui, sensibilitatea termică diminuată. Nu sunt semne de leziuni a fascicolului piramidal.

D-l Dr. Bărdescu spune că a făcut acestul bolnav nevrectomii și zmulgerea ramurilor periferice. Crede că dacă durerea a recidivat e pentru că leziunea e în gaglionul lui Gasser și singura cale ce rămâne de urmat în cazurile acestea în cari toate tratamentele rămân fără succes, e extirparea ganglionului.

D-l Dr. Bacaloglu relativ la relațiunile dintre epilepsie și ticul dureros al feței, întreabă pe d-l Dr. Bărdescu dacă s'a dat bolnavului bromur în doză mare.

D-l Dr. Bărdescu răspunde că da, și nu trebue recurs la tratamentul chirurgical decât când cel medical rămâne fără rezultat.

D-l Dr. Poenaru Căplescu prezintă observațiunile *a 2 cazuri de hernii crurale strangulate* în cari a intervenit pe calea inguinală și *2 cazuri de o-*

cluzie intestinală prin volvulus, operate de d-sa, făcând într'unul extirparea totală a colonului pelvian.

D-l Dr. Bărdescu crede că s'ar fi putut intervenì pe calea crurală în hernii şi insistă asupra gravităţii rezecţiilor intestinale. E preferabil a se face enterorafia prin invaginare în cazurile de gangrenă intestinală.

D-l Dr. Poenaru intervine pe calea crurală când hernia nu e strangulată; în aceste din urmă cazuri însă acceptă pe cea inguinală pentru a vedeà organele pe cari lucrează şi a-şi da mai bine compt de cele intrate în sacul herniar. In cazul de rezecţie a colonului se mai intervenise de 2 ori şi s'ar fi putut întâmplà ca volvulul să se repete încă odată şi bolnavul să nu poată fi adus imediat la spital putând astfel să sucombe.

D-l Dr. Noica prezintă o comunicare relativă la *diagnosticul dintre tumorile intra-craniene şi sifilisul cerebral.* In primul caz nu există limfocitoza, în al 2-lea există marcată. D-sa a făcut examenul lichidului cefalorachidian în 10 cazuri de emiplegie sifilitică cu rezultat pozitiv, din contră, în 10 cazuri de emiplegie ateromatoasă, rezultatul a fost negativ. Amintind de discuţiunea ce a avut loc când d-l Bacaloglu a prezintat comunicarea d-sale relativă la un caz de sindromul lui Millord Gübler zice că d-l Bacaloglu a fost prea sceptic relativ la citodiagnostic.

D-l Dr. Bacaloglu zice că n'a fost sceptic dar în acel caz nu existau semne de sifilis. S'a încercat totuşi în urmă citodiagnosticul, dar d-l Rainer care a făcut acest examen, nefiind la şedinţă, d-sa nu ştie la ce rezultat s'a ajuns.

D-l Dr. Parhon. Insistă de asemenea asupra valoarei citodiagnosticului. Totuşi nu trebue să conchidem bazaţi numai pe acest criteriu la existenţa unei leziuni sifilitice, rămânând posibilitatea unei alteraţiuni de natură tuberculoasă. In tot cazul examenul lichidului cefalorachidian limitează foarte mult posibilităţile ce rămân de discutat relative la diagnostic.

DR. C. PARHON.

REVISTE ŞI PUBLICAŢII STREINE

ANATOMIE ŞI ISTOLOGIE NORMALĂ

Prof. Dr. Pietro Guizzetti. **Uber die normale und pathologische struktur der Wand der gewundenen Samenkanälchen beim erwachsenen Menschen.** (Asupra structurei normale şi pathologice a peretelui canaliculelor seminifere conturnate la omul adult). (*Beitrage zur allgemeinen Pathologie etc.*, red. v. Ziegler, Band 37, Heft. III, 1905). Extrag din acest articol concluziile principale. Examenul microscopic s'a făcut pe 24 cazuri.

Păretele canaliculelor seminifere la omul adult consistă din 3 învelişuri: 1. Teaca fibro-elastică, 2. Teaca hyalină, 3. Lamela limitantă internă. Toate trei se diferenţează odată cu formarea spermei, se schimbă în urmă — în special teaca hyalină — dacă epiteliul seminifer degenerează sau dispare. Pentru acest motiv se impune ipoteza cum că funcţiunea acestor teci e strâns legată de spermatogeneză. Cam ce fel ar fi funcţionarea lor? La această chestiune s'ar puteà răspunde prin ipoteze mai mult sau mai puţin verosimile. *Teaca fibroelastică* prin prezenţa elastinei ar regulà extinderea canaliculului; apoi prin prezenţa vaselor limfatice, sanguine sau spaţiilor limfatice între lamele ar puteà jucà un rol la nutrirea epiteliului seminifer. *Teaca hyalină* ar puteà pe baza proprietăţilor ei de membrană să îndeplinească funcţiunea unui Dialysator în schimburile osmotice. Pe *lamela limitantă internă* îşi au sediul Spermatogoniile şi celulele lui Sertoli, deşi autorul nu s'a ocupat cu această chestiune, emite ipoteza că ar puteà aveà vreun raport în nutrirea epiteliului.

In ceea ce priveşte pathologia acestora, există leziuni pe cari nu le menţionează în acest articol, totuşi citează din pricina frecuenţei în testicule senile diverticulele canaliculelor seminifere descrise de Spangaro (Anatom. Hefte, H. 40, 1901). C. I. M.

E. Orru. Contributo allo studio dell'intima struttura delli-cellula nervose e delle metacromasie. (*Societa di Cagliari* 20 Mai 1905. *Il. Policlinico*). S'a servit pentru colorarea celulelor nervoase ale diferitelor animale de un procedeu propriu. Piesele luate dela un animal ucis de curând sunt ţinute 3 zile în o soluţiune apoasă saturată de tionină cu 10 % formol. Lichidul se schimbă cât se poate de des, imediat ce se turbură. Se fixează apoi coloarea în o soluţie de molibidat de amoniu, Bethe. Se includ apoi piesele în celoidină sau parafină Celulele se colorează în albastru, mielina în roşiu. In celulele din bulbul peştilor, reptilelor şi mamiferilor adulte se pune în evidenţă în particular neurofibrilele. M.

K. Preisich und P. Heim. Ueber die Abstammung der Blutplättchen. (*Arch. f. path. Anatom. und Physiol.* CLXXVIII 1904). (Asupra originei hematoblaştilor).—Hematoblaştii nu se observă decât la animalele a căror globule roşii nu au nuclei. Ei nu reprezintă decât nuclei expulzaţi şi degeneraţi a hematiilor ce au fost nucleate la origină. In stare normală hematiile nucleate rămân în locul unde s'au născut până ce nucleul n'a suferit o transformare oarecare, adică până ce globula n'a ajuns gradul de maturitate cerută pentru ca nucleul să o poată părăsì; în urmă ea pătrunde în curentul circulator, expulsează nucleul, care rămâne cunoscut sub denumirea de hematoblaşti.

Cuagulaţiunea sângelui se poate face fără hematoblaşti; dar când ei există dela dânşii pleacă cuagularea. TATUŞESCU.

DERMATOLOGIE şi BOLI VENERIENE

Prof. Gaucher et **Druelle.** Quelques cas de tuberculose cutanée consécutive à la rougeole. (*Gaz. de Hôpitaux,* 23 Mai 1905).

Prima observaţie de tuberculoză cutanată consecutivă rugeolei, e datorită lui Besnier în 1889. De atunci mai mulţi autori au studiat raporturile cari există între rugeolă şi dermatozele tuberculoase.

Autorii vin cu 4 cazuri noui; toate sunt observate la copii; trei din ele sunt tuberculoze cutanate cu focare multiple şi diseminate, a căror elemente iau o difuziune remarcabilă, năvălind simultaneu regiuni îndepărtate una de alta. Numai un caz prezintă leziunile localizate într'o singură regiune. Apariţiunea lor, ca şi în alte cazuri observate până acum e rapidă, aproape bruscă, dar mersul lor ulterior e cronic ca de obiceiu.

Intru cât priveşte formele clinice, ele au fost variate în cazurile lui Gaucher. Astfel unul a fost un lupus diseminat pe frunte, faţă, precum şi coapsa dreaptă; altul a fost o tuberculoză verucoasă diseminată, altul o tuberculoză cutanată papuloasă (acnitis) diseminată şi în sfârşit ultimul un lupus tuberculos banal, localizat, al feţei.

Cauza diseminării şi rapidităţii apariţiunii acestor leziuni tuberculoase cutanate, ar fi datorită după autori, influenţei distrofice ar ugeolei asupra organismului.

BARONCEA.

Hudelo et Hérisson. **Pityriasis rubra pilaris chez un enfant de deux ans.** (*Société de Dermatologie in Annales de Dermatol. et Syphil.* 1905, No. 4, pag. 334). Interesul cazului acesta îl face nu numai aspectul său clinic cu totul tipic, ci şi cu deosebire vârsta fragedă a bolnavului. Acesta este născut la termen, hrănit la sân, înţărcat la un an şi nu prezintă nici un fel de antecedente morbide. Se constată:

1). O erupţie de *conuri pilare* cu aspect granulos, consistenţă tare şi cornoasă, aspră la pipăit, distribuită neregulat dar foarte simetric: discretă la membrele superioare şi inferioare (afară de genuchi), pe piept şi pântece; confluentă din contră pe spate, fesse şi genuchi.

2). Plăci erytematoase, din cari cele mai pronunţate pe faţa anterioară a genuchilor şi pe fesse.

3). *Scuame* furfuracee şi lameloase pe obraz, căruia îi dau un aspect văros, şi pe cap, acoperind ca o calotă tot părul.

Podul palmelor şi tălpile sunt transformate în întregime în plăci roşii, netede şi hyperkeratozice. Unghiile nu sunt alterate. Boala a început de o lună şi jumătate la frunte şi s'a generalizat, urmând calea descendentă, în opt zile. Starea generală este şi a fost în totdeauna excelentă.

Nu s'a putut da de urma nici unei cauze provocatoare.

G. Z. P.

Raschkow (Berlin). **Kombination von psychose und Hautkrankheit.** (Combinaţia de psichoză şi dermatoză). *Dermatologische Zeitschrift*, 1905, H. 2. Autorul citează, după Pilez, cazurile răspândite în literatură, de erupţiuni coincidând cu turburări mentale, în cari se poate manifestă o balanţare între intensităţile celor două afecţiuni. Raportează şi el cazul unei femei de 44 de ani, fără antecedente ereditare, care snferise multă vreme de migrenă şi, după un surmenaj recent, prezintă : zăpăceală, halucinaţii şi fobii.

In timpul unei faze de absenţă a excitaţiei şi de scădere a fobiilor, cea mai mare parte a obrazului se acoperi cu o roşeaţă netedă, semănând ca formă cu lupus vespertilio, dar mult mai întinsă şi perzându-se fără limită precisă în pielea sănătoasă. Pe aceasta se văd numeroase nodule şi pustule de acnea cât gămălia de ac sau cât bobul de linte. In definitiv, acnea rosacea.

Mersul psichozei fu remitent, cu fluctuaţii între faze de linişte relativă şi faze de excitaţie şi confuzie. Cât timp însă bolnava se află în stadiul de linişte, acnea se întinde mereu, pentru a scădeà mai târziu progresiv. Atunci apăreà imediat din nou o agitaţie foarte mare şi frica creşteà. La culmea excitaţii atât roşeaţa cât şi pustulele dispăriau aproape cu totul. Pe urmă, intervenind iarăşi o perioadă de linişte, apăreau pustule noi de acnea şi roşeaţa se lăţià încă odată. Această balanţare fu observată de mai multe ori, ceea ce este un argument în contra ideii unei simple coincidenţe.

Din punctul de vedere etiologic, se poate admite o origine comună a celor două afecţiuni, în leziuni toxice, şi această părere este susţinută de anamneză: bolnavă care nu suferise niciodată de vre-o erupţie, fu atinsă de primile pustule de acnea odată cu începutul psichozei. Nu poate fi vorba de o erupţie medicamentoasă, deoarece de mult nu mai erà supusă la nici o medicaţie.

Cazul s'a terminat prin vindecare deplină.

G. Z. P.

Ludwig Spitzer. Spontane Involution eines Riesennævus. (Involuţia spontană a unui naevus gigant). (*Dermatologische Zeitschrift* 1905, H. I. pag. 24). Asemenea cazuri sunt aproape necunoscute. In 1895, Lassar a raportat un caz de naevus verrucosus, la o fată de 2 ani, care apăruse de cinci luni şi dispărù, în urma unui tratament arsenical, în cinci săptămâni. In general însă clasicii sunt de părere că nevii nu pot retrocedà.

Autorul a observat un tânăr de 24 ani, care la naştere prezintase o formaţiune verucoasă, de coloare neagră şi acoperită cu peri negrii şi deşi, ocupând toată faţa internă a coapsei stângi. Această stare rămase neschimbată până la vârsta de 4 ani. De atunci începù o retrocesiune a leziunii, pornind dela marginea ei inferioară şi progresând mereu. Ba chiar şi din mijlocul ei s'au uscat şi au căzut mai mulţi negi.

Actualmente toată regiunea, dela genuchi şi până la o lăţime de mână sub vintre, se distinge de împrejurimi prin coloraţia ei brună închisă bine delimitată. Din naevus n'a rămas însă decât o suprafaţă cât podul palmei unui adult, pigmentat în vânăt închis, ridicat cu 3—4 mm. deasupra nivelului pielei şi compus din papile verucoase aspre şi înţesate. La periferie acestea sunt decolorate în parte sau cu totul astfel încât nevul apare înconjurat de un cerc lipsit de pigment. Dela acest cerc porneşte o reţea cicatriţială, a cărei tramă reprezintă papilele atrofiate, iar ochiurile, spaţiurile interpapilare, în aparenţă normale dar mult mai pigmentate.

In afară de acest mod de involuţie periferică, se mai observă şi altul constituit din necroza unui mare număr de papile, în urma emoragiei sau atrofiei datorite presiunii la care sunt supuse de papilele prea dese dimprejur. Totuşi, acest mod de retrocesiune joacă un rol mult mai restrâns ca cel dintâiu.

Suprafaţa ocupată odinioară de lungime măsura 12 × 20,5 cm., cea actuală nu mai este decât 7 × 7 cm. Autorul dupa patru luni de observaţie, a putut constatà o scădere de $^1/_2$ cm. interesând marginea infero-externă.

In ceea ce priveşte perii, nu se mai observă decât pe o parte a leziunii involuate peri deşì lungi de 3—4 cm. însă şi toţi albi, afară de aici şi colo câte unul negru.

Deşì, chiar macroscopiceşte, nu puteà fi nici o îndoială asupra naturii leziunii, totuşi autorul, faţă de o evuluţie atât de neobicinuită, a recurs la o biopsie pentru a stabilì diagnoza pe o bază sigură. G. Z. P.

Dr. H. Buschke & Dr. W. Fischer. Ueber das Vorkommen von Spirochäten in inneren organen eines syphilitischen Kindes. (Asupra prezenţei Spirocheţilor în organele interne ale unui copil sifilitic). (*Deutsche medizinische Wochenschrift,* 18 Mai 1905). In legătură cu ultimele publicaţiunii ale lui Schaudinn şi Hoffmann, asupra Spirililor găsiţi de ei în şancrul, ganglionii inguinali şi papulele cutanate, dela mai mulţi sifilitici, comunică, autorii articolului de faţă, cazul unui copil de 10 luni, născut din părinţi sifilitici, mort de sifilis hereditar în serviciul D-rului Buschke şi autopsiat de Profesorul Benda.

In preparatele (frottis) făcute din splină, ficat, ganglioni limfatici şi alte ţesuturi, fixate şi colorate după metoda lui Giemsa, modificată de Schaudinn Hoffmann, s'au găsit numeroşi spirili, identificaţi de Schaudinn cu cel descris de dânsul, sub denumirea de *spirochäte pallida*. In splină s'a găsit cantitatea cea mai mare: 2 — 6 în fiece câmp microscopic.

Autorii se mulţumesc să redee cazul aşà cum l-au avut, fără a încercà să tragă vreo concluzie în ceea ce priveşte etiologia sifilisului şi aceşti spirili găsiţi. Făgăduesc experienţe ulterioare. C. I. M.

Marfan. Cornaj congenital cronic — Hypertrofia thymusului — Sifilis ereditar. (*Rev. mens. de Mal. des l'Enf.* febr. 1905). E vorba de un copil de 15 luni care prezentà de la naştere un cornaj inspiratoriu şi expiratoriu, cu accese paroxitice de asphyxie supravenite cu prilejiul unei bronchopneumonii. Intubat şi tracheotomizat, dyspnea s'a potolit, dar două luni mai târziu a fost adus la spital în stare de asphyxie şi a sucombat.

La autopsie s'a găsit o ipertrofie a thymusului şi leziuni sifilitice ale splinei. Lipseà malformaţiunea vestibulului laryngelui la care se atribue de obicei stridorul congenital; nu existà nici vegetaţii adenoide, nici adenopatie tracheo-bronşică.

In thymus nu s'au găsit leziuni sifilitice: erà vorbă de o simplă iperplasie cu congestie.

Această observaţiune este una din primele în cari influenţa ipertrofii thymusului asupra cornajului congenital e demontrată printr'o *autopsie*.

Autorul cu această ocaziune trece în revistă lucrările anterioare asupra acestui subiect, arată pe urmă celelalte cauze de stridor congenital, malformaţiunea vestibulului laryngelui descrisă de Variot, compresiunea tracheei prin ganglioni mediastinali ipertrofiaţi, pseudocornajul datorit vegetaţiunelor adenoide, şi arată cum se poate face diagnosticul diferenţial.

In cazul de faţă admite că cornajul a fost datorit compresiunii permanente a tracheei, şi accesele paroxystice exageraţiunii acestei compresiuni în urma congestiunii thymusului.

De oare ce în acest din urmă organ nu s'a dovedit leziuni sifilitice. autorul face ipoteza că poate fi vorbă de o congestie prin supleanță: thymusul compensând insuficiența funcțiunelor splenice. GR. IACOBSON.

Vincent. Rôle de l'infection fuso-spirillaire dans les lésions ulcéreuses de la bouche. (*Société de Dermatologie in Annales de Dermatol. et Syphil.*, 1905. No. 4, pag. 326). Infecția fuso-spirilară se poate manifestà în două chipuri. Se poate desvoltà, întâiu *primitivă* și independentă la suprafața tegumentelor și în țesutul celular, dând naștere, după cum a stabilit-o autorul, la gangrena nosocomială *(pourriture d'hôpital)*; în gură poate determinà stomatita și angina ulcero-membranoasă descrise de autor; în sfârșit, în forma cea mai de temut, tot ea se crede a fi cauza nomei sau gangrenei bucale (Perthes, von Ranke, etc.).

In al doilea chip, fuso-spirilele cari normal se află în gura indivizilor sănătoși, pot să se însămînțeze secundar la suprafața tuturor leziunilor ulceroase din cavitatea bucală: aftoase, herpetice, scorbutice, sifilitice, etc. Dintre toate ulcerațiile, cele sifilitice prezintă o predispoziție specială la această infecție adăugată. Atunci cànd ulcerații sifilitice sau altele ale gurii și faringelui se acoper cu o cămașă cenușie sau gălbuie cu miros fetid, se poate socotì cu temeiu c'au fost cuprinse de parazitismul fuso-spirilar.

G. Z. P.

Wilhelm Wechselmann u. Waldemar Loewenthal. Untersuchungen über die Schaudinn-Hoffmannschen Spirochätenbefunde in syphilitischen Krankheitsproducten. (Cercetări asupra spirochetilor lui Schaudinn și Hoffmann în sifilis). (*Medizinische Klinik,* 4 Iunie 1905, No. 26). Autorii aduc contribuția lor, la cercetările dejà numeroase asupra prezenței spirochetilor în sifilis. In papule sifilitice ale regiunei ano-genitale și în accidentul primar au putut constatà existența spirochetului—Paraziții având 7—8 miimi de milimetru lungime, cu 6—8 spire, s'au arătat compuși din 2 spirocheți, continuându-se unul cu altul. Cu ajutorul ultramicroscopului, constatarea aceasta a putut fi verificată de autori împreună cu Michaelis. Spirochetii au putut fi văzuți și în preparate proaspete fără colorație, ceea ce înlătură objecția lui Thesing că formele observate ar provenì din materia colorantă întrebuințată (soluția Giemsa)—La un bolnav cu sifilide papuloase—2 luni după accidentul primar autorii au constatat în papule din regiunea deltoidiană prezența spirochetului. S. IRIMESCU.

FIZIOLOGIE NORMALĂ ȘI PATOLOGICĂ

A. Cade et **A. Latarget.** Réalisation pathologique du petit estomac de Pawloff. (Etude physiologique et histologique). (*Journ. de Physiol. et. Pathol. générale.* T. VII No. 2. 15 Mars 1905 p. 221 — 233). Bolnava a prezentat în copilărie o hernie a stomacului printr'o spintecătură a liniei albe deasupra ombilicului. Hernia s'a sugrumat și s'a deschis dela sine la suprafața pelei. S'a putut observà câtvà timp după aceasta, că din orificiul fistulos curgeà puţin lapte închegat când copila ingerà acest aliment. Dela o vreme încetează scurgerea laptelui prin fistulă. După cum s'a constatat pe urmă la operaţie, avusese loc în regiunea strangulată a herniei o inflamaţie cronică, care a separat mucoasa stomacală în două porţiuni: una a stomacului propriu zis şi alta diverticulară. Muschii şi peritoneul au fost respectaţi. Diverticulul şi-a conservat vascularizaţia şi inervaţia normală.

Timp de 20 de ani acest diverticul a funcţionat producând suc gastric ce se scurgeà din fistulă.

Autorii au făcut câteva experienţe pe această bolnavă, — nu multe, căci pacienta nu se pretà bucuros — studiind condiţiunile de secreţiune a sucului gastric în acest diverticul, care a realizat celebrul dispozitiv experimental al lui Pawloff. Ei au găsit că rezultatele esenţiale căpătate de fiziologistul rus pe stomacul cânelui se confirmă şi la om. S'a putut produce şi o secreţiune psihică, chestionând bolnava asupra preparaţiunilor culinare ce ea le preferă şi întreţinându-se asupra modului cum ele se gătesc.

După operaţie, autorii au studiat structura histologică a diferitelor regiuni din acest diverticul. Constituţia e normală în fundul diverticulului, dar în vecinătatea deschiderii, mucoasa şi glandele iau caracterul tipului piloric.

D. CĂLUGĂREANU

I. Courmont et **Ch. André.** **Elimination de l'acide urique par les reins des vertébrés.** (*Journ. de Physiol. et de Patholog. générale,* T. VII No. 2. 15 Mars 1905 p. 255). *Metodă pentru punerea în evidenţă a acidului uric în rinichiu.* Principiul. Să precipită, în ţesutul debitat în cupe, acidul uric sub formă de *urat de argint* şi apoi cupele sunt tratate cu un revelator fotografic care reduce uratul de argint şi-l face să apară negru.

Rinichiul se fixează în alcool absolut sau mai bine în lichid Carnoy-Sauër compus din:

alcool absolut	60
chloroform	30
acid acetic cristalizabil. . .	10

După ridicarea parafinei, cupele se pun în nitrat de Ag. Se formează urat de argint insolubil în apă. Se spală şi se desvoltă cu metholchinon sau hidrochinon. Uratul de argint e astfel redus şi apare sub formă de granulaţiuni negre de argint redus.

După aceasta, cupele se pot colorà cu ori ce coloare, afară de coloranţii ce conţin alun de fer, căci aceasta decolorează argintul redus.

E de observat că cupele să nu vină în contact cu apa înainte de a fi tratate cu nitrat de argint când e vorba de rinichii vertebratelor ovipare, pentru că acidul uric al acestor animale este în parte solubil în apă. Dacă rinichiul provine dela un mamifer, nu e de temut contactul cu apa fiindcă acidul lor uric nu e solubil în acest solvant.

Trebue ştiut că nitratul de argint precipită nu numai acidul uric ci şi uraţii precum şi aproape toate combinaţiunile din grupul purinei: xantina, hipoxantina, guanina, adenina etc; de asemenea fosfaţii şi chlorurele metalelor alcaline. Pentru fosfaţi şi chlorure putem eliminà greşala în două moduri: 1) Cupele unui rinichiu de mamifer pot fi spălate în apă distilată care ia fosfaţii şi chlorurele, şi apoi tratate cu nitrat de argint. 2) Când nu putem spăla în apă, întrebuinţăm, în loc de nitrat de argint, chlorura de argint amoniacală, care precipită compuşii din grupul purinei, dar e fără acţiune asupra fosfaţilor şi chlorurelor. D. CĂLUGĂREANU

S. Engel. **Zur Sekretionsphysiologie des Milchfettes.** (Fiziologia secreţiunii grăsimii din lapte). *(Medizinische Klinik,* 1905, No. 24). Autorul a experimentat cu uleiu de sesam, uşor de luat din cauza gustului său plăcut şi uşor de constatat prin reacţiuni absolut caracteristice (reacţia lui Baudouin) dat înaintea mesei în cantitate de 10 grame la femei cari lăptau, ca să vadă dacă grăsimea din alimentaţie trece direct în lapte, sau dacă se depune întâi în corp, de unde după ce încearcă modificări, se găseşte în lapte.

Din experienţele lui Engel rezultă o trecere directă a grăsimii de alimentaţie în lapte. Trecerea aceasta îşi atinge maximul după 7 ore şi încetează după 24 ore. S. IRIMESCU

R. Freund. **Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Elektrizität auf die sekretorische Tätigkeit des Magens.** (Cercetări experimentale despre înrîurirea electricităţii asupra activităţii secretorii a stomacului). *(Virchows Archiv.* 1905, Vol. 180, F. 2). De fapt autorul experimentând pe câini înzestraţi cu un stomac mic după Pawlow, caută să stabilească, dacă curentul electric e în stare să provoace activitatea secretorie specifică a stomacului. Concluzia sa ie următoarea: *Excitaţia electrică* (fie galvanică, fie faradică) *a mucoasei stomacului nu determină nici o secreţie specifică; se produce numai o cantitate mică de secreţie mucoasă, mai mult sau mai puţin alcalină.*

După terminarea experienţei, *ingestia de alimente* însă determină o secreţie de suc gastric normal chiar şi în stomacul cel mic.

F. relevă concordanţa dintre rezultatul cercetărilor sale pe câini, cu rezultatele cercetărilor făcute pe om de Goldschmidt (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1896), Goldbaum (Arch. f. Verdauungskrankh. 1898), Einhorn (Zeitschr. f. klin. Med. 1893; Deutsche med. Woch. 1892) şi mai ales Borri (Berl. klin. Woch. 1904) care în clinica lui Ewald, a experimentat cu rezultat negativ pe 106 oameni. RAINER.

Nicolas & Cot. **Etudes sur la leucocytose digestive chez le chien normal et splenectomisé.** *(Arch. de Méd. Experimentale,* No. 2. 1905). Autorii după ce fac un studiu complect asupra bibliografiei chestiunii fac o serie de experienţe asupra 4 câini ca să stabilească dacă există într'adevăr o leucocytoză horară (care apare la o oră anumită a zilei) după hypotheza lui Von Japha.

Autorii au găsit la unul din câini o veritabilă leucocytoză horară. Dar la ceilalţi 3 nu au găsit.

La aceştia au găsit o leucocytoză digestivă — variabilă după alimentele ingerate — maximul după carne de vacă nefiartă In timpul acestei leucocytoze rapoartele varietăţilor leucocytelor nu sunt modificate.

Splenectomia nu înfluennţează leucocytoza digestivă. A. S.

Hermann Pfeiffer. Ueber die Wirkung des Lichtes auf Eosin-Blutgemische. (Acţiunea luminei asupra amestecului de sânge şi eosină). (*Wiener Klin. Wochenschr.* No. 9. 1905). Autorul îşi aveà lucrarea terminată când Sacharoff şi Sachs au publicat'o pe a lor «asupra acţiunii hemolitice a substanţelor fotodinamice» în No. 7 din *Munch. Med. Wochenschr.* 1905.

Găseşte că soluţiile de eosină amestecate cu sânge, au acţiune hemolitică, puse fiind la soare, lumină difuză şi lumină electrică; soarele e cel mai energic, apoi celelalte, electricitatea fiind cea mai slabă. Fluorescenţa eosinei însă nu e suficientă, căci trebueşte pentru producerea hemolisei contact cu sângele. Razele X şi radiul nu îşi intăresc acţiunea lor prin fluorescenţă.

BRUCKNER.

R. Turro et **A. Pi Y. Suner.** Mécanisme physiologique de l'immunité naturelle. (*Journ. de Phys. et Path. gén.* No. 1—1905. Toate explicaţiunile imunităţii naturale ajung la aceeaşi concluziune, digestiunea bacteriilor.

După unii substanţele digestive, deşi elaborate în celule, se găsesc însă în serum, după alţii actul digestiv se petrece în leucocitele polinucleare. In afară de asta, toate plasmele au proprietăţi bacteriolitice, pentru verificarea lor însă substanţele celulare trebuesc făcute solubile. Dacă acţiunea e puternică bacteria e transformată într'o pastă omogenă, dacă nu, ea suferă numai cât un fel de încapsulare. Injectând la càine şi iepure doze masive de o soluţie salină, autorul a determinat o plasmoliză, printr'o solubilizare *in vivo*, făcând să creasca rezistenţa acestor animale la infecţiuni mortale în condiţii obişnuite. Contrar părerii lui Metchnikoff, alexina reprezintă pentru autori totalitatea enzimelor şi a diastazelor cari se găsesc în celule şi cari nu se manifestă decât când sunt solubilizate. Ea se găseşte în mod accidental în ser.

Printr'această teorie se explică mai bine *rezistenţa organică şi locus minoris resistentiae.*

Sintetizând rezultatele experienţelor făcute, autorii conchid că: injecţiunele saline, în doze masive, măresc rezistenţa iepurilor la infecţiunea cărbunoasă şi streptococică (probabil că şi faţă de alte infecţiuni), prin solubilizarea unei mari cantităţi de alexine cari erau reţinute în plasmă.

TATUŞESCU.

R. Voisin & Krantz. Recherches sur les éliminations urinaires des épileptiques pendant le régime ordinaire et le régime dechloruré. (*Arch. de Médécine Experimentale* No. 2. 1905). Autorii confirmă cercetările lui J. Voisin — precum că urinele epilepticilor sunt hypotoxice înainte şi în timpul crizei şi devin hypertoxice apoi. — Urina hypertoxică e însoţită uneori de albuminurie şi albastru de metylen reţinut în timpul crizei şi eliminat după criză.

Această hypotheză fusese confirmată prin teza lui Laubry. După această concepţie atacul epileptiform corespunde unei intoxicaţiuni ajunsă la maximum — intoxicaţia lucrând asupra celulelor nervoase şi însoţită de turburări gastrice — când descărcarea urinară a curăţat organizmul de aceste principii toxice, fenomenele dispar.

Din punctul da vedere terapeutic — regimul aclorurat facilitând eliminarea azotului total — diminuează intoxicaţia dar nu e suficient, pentru că trebue asociat şi bromurul. Din experienţa autorilor rezultatele cele mai bune sunt obţinute — prin decloruraţie la un organizm bromurat în mod energic în timpi anteriori.

A. S.

GYNECOLOGIE ŞI OBSTETRICĂ

A. Blau şi Cristofoleti. **Uber die Dauer der menschlichen Schwangerschaft.** (Asupra duratei sarcinei în specia umană) *(Monatsch f. Geb. u. Gyn.* Februarie 1905, p. 162).

Autorii lucrării de faţă ajung la concluzia (la care ajunsese Winckel înainte) că existenţa naşterilor întârziate e sigură şi că de regulă în aceste cazuri copiii au o greutate mai mare decât cea medie.

Trancu Rainer

Gutbrod (Heilbronn). **Tratamentul preventiv al tulburărilor vesicale post-operatorii.** *(Centr. f. Gyn.* 11 Martie, 1905, No. 10).

Una din tulburările vesicale post-operatorii este retenţia de urină, care favorizează cistita. Autorul lucrării de faţă întrebuinţează sonda à demeure timp de cinci zile, după care beşica începe să funcţioneze bine, fără să fi observat consecutiv cistită.

El mai dă operaţilor şi decocţiuni de foi de uva ursae şi urotropină.

Trancu Rainer

Hirst (C). **Abces al ovarului consecutiv unei febre tifoide.** *(American medicine,* 11 Fevruarie 1905).

E vorba de o femeie tânără care către sfârşitul maladiei sale de febră tifoidă, fù apucată de dureri mari pelviane, care scăzură de intensitate, fără a dispare în mod definitiv. Cinci luni după febră tifoidă survenirà fenomene generale cari întovărăşiră pe cele locale. Se găsià pe partea dreaptă a uterului o tumoare de mărimea unei portocale, diagnosticată abces al ovarului. Se interveni. In culturi colibacili.

Trancu Rainer.

Hunter Robb. **Diagnosticul precoce al cancerului fundului uterului.** (*Annals of Gyn. and. Ped.,* Noembrie 1904).

Nici o contribuţie nouă: temeiul diagnosticului precoce îl formează examenul microscopic al produselor de raclaj. De altmintrelea acest mijloc de investigaţie tinde să fie impus chiar practicianilor modeşti, întocmai ca cercetarea sputelor în privinţa existenţei bacilului lui Koch.

Trancu Rainer

W. Nacke (Berlin). **Contribuţiuni la simptomatologia retroflecsiunii uterine mobile** *(Centralblatt für Gynäkologie,* 26 Noemvrie, No. 47).

Retroflexiunea cu un uter de volum normal, cu o stare normală a basenului; cu un aparat ligamentos înzestrat de elasticitate şi cu anexe indemne, nu produce tulburări decât în cazuri foarte rari.

In aceste cazuri a căror existenţă e sigură, cauza nu poate fi precizată actualmente. TRANCU-RAINER.

Schwartz (A). Contribuţiune la studiul tumorilor ovarului la copii. *(Archiv f. Heilk.* 1904).

Autorul raportează o observaţiune de chist dermoid la o fetiţă de 13 ani, care se manifestă prin violente tenezme vezicale şi dureri mari cari nu se calmau decât prin culcare în pat. Diagnosticul de tumoare a ovarului s'a pus prin excluziune, iar cel de chist dermoid bine înţeles la operaţie.

TRANCU-RAINER.

G. Sneguireff. Contribuţiune la studiul chistelor dermoide. *(Annales de Gynécologie,* Mai 1905*)*.

E vorba de un caz de chist dermoid al trompei, al 7-lea caz publicat după cum ne spune autorul, care se informează din lucrarea lui Ortmann din 1904. *(Ueber Embryoma tubae)*. Macroscopiceşte tumoarea a fost luată drept o tuberculoză salpingiană. Microscopiceşte autorul relevează existenţa epiteliului pavimentos stratificat cu derivatele lui şi a cartilagiului hialin.

TRANCU-RAINER.

Thorn (W). Despre trecerea prin trompe a lichidelor injectate în uter: cercetări experimentale pe viu. *(Centralblatt f. Gyn,* 24 Septemvrie 1905, No. 38).

Autorul lucrărei de faţă a stabilit în mod experimental că lichidele injectate în uter nu trec prin trompe în abdomen. Experienţele fură făcute la femei ce trebuiau a fi histerectomizate injectându-se lichide colorate sau tinctură de iod în cavitatea uterină înainte de operaţie.

De altminteri la aceleaşi rezultate au ajuns şi Zweifel şi Döderlein în experienţele lor anterioare tot pe viu.

Experienţele care se făcuseră înainte pe cadavru erau contradictorii şi neconcluante prin faptul că contracţiunea coarnelor uterine, care constitue un factor important, lipseşte la cadavru.

TRANCU-RAINER.

IGIENĂ ŞI TERAPEUTICĂ

A. Celli, Die Malaria in Italien im Jahre 1903. Epidemiologische und prophylactische Forschungen. *(Archiv für Hygiene,* LII Bd.—1. H,) Autorul dă în rezumat rezultatele principale ce s'au dobândit în cursul anului 1903 cu privire la epidemiologia şi profilaxia malariei, mulţumită cercetărilor întreprinse de societatea italiană pentru studiul malariei. Volumul al 5-lea al actelor societăţii cuprinde aceste cercetări expuse pe larg.

Epidemiologia prezintă încă puncte obscure, probleme de deslegat; aici intră chestia recidivelor după săptămâni, după luni, după un an şi mai mult decât un an; tot aici se cuprinde studiul cauzelor care predispun şi care nu predispun la malarie. Formula: bolnav malaric + anopheles = epidemie de malarie este prea simplă; în realitate avem aface cu mulţi alţi factori biologici (x), fizici (y), şi sociali (z), care lucrând asupra omului şi asupra anofelilor favorizează sau împiedică epidemiile malarice. Aceşti factori, sunt puţin sau de loc cunoscuţi. In tot cazul, formula primitivă trebue înlocuită prin această egalitate: bolnav malaric + anopheles + *xyz* = epidemie malarică.

De notat este constatarea lui Tusini care confirmă observaţia făcută mai întâi de *Badaloni* că cultura sfeclelor este în legătură cu malaria epidemică, înlesnind desvoltarea anofelilor.

In privinţa profilaxiei se arată că metoda lui Koch este greu aplicabilă, scumpă şi nu îndestul de eficace. In locul acestei metode Celli preconizează sistemul său aşa zis de o *profilaxie chimică* şi consistând în tratarea cu chinină a tuturor locuitorilor din o localitate malarică. Tratamentul se urmează în tot timpul epidemiei (cam 4 luni în Italia); adulţii iau *zilnic* câte 40 ctgr. chinină sulfurică sau cloridrică în tablete zaharate; copiii mai mici de zece ani iau doza pe jumătate.—In caz de infecţii recente sau de recidive, bolnavii iau în timp de 7—8 zile câte 6-8 tablete (à 20 ctgr. una). — Cu această metodă s'au tratat în 1903 un număr de 19.021 persoane dintre cari s'au bolnăvit numai 932 adică 5,6%. — Pe coastele austriace ale mării Adriatice au fost tratate după metoda lui Celli 3.196 persoane care au dat numai 6,1% recidive şi infecţii recente.

Profilaxia mecanică dă rezultate mai puţin favorabile decât cea chininică. Mai ales recidivele se menţin la o cifră ridicată. Protecţia mecanică este aplicabilă numai la o categorie mărginită de locuinţe. Casele ţăranilor şi căzărmile ar fi greu de apărat cu mijloace mecanice.

Distrugerea ţânţarilor este anevoioasă; când mlăştinile sunt prea întinse nimicirea anofelilor este imposibilă. Petrolul costă prea scump în Italia.

Celelalte măsuri preventive: asanarea hidraulică, asanarea agrară, legile sanitare contra malariei şi propaganda populară, sunt măsuri a căror acţiune înceată nu se manifestă încă în mod deosebit.

G. PROCA.

J. Dupuy. Evolution de la tuberculose pendant les voyages en mer. Sa prophylaxie à bord des navires de commerce. (*Revue d'hygiène*, Mai 1905). Tuberculoza este foarte răspândită la marinari; în spitalele maritime franceze, după statistica lui Vincent, la 100 decese 21—41 se datoresc acestei boale. Echipagiele flotei din portul Kronstadt erau atinse de tuberculoză în proporţie de 10,88 la 1000 din efectivul total; boala apare mai des dela al 4-lea an de serviciu înainte *(Kuorre)*.

După experienţa de 10 ani a autorului călătoriile lungi pe mare şi în general viaţa pe bord au o influenţă nefastă asupra ftiziei. Se recomandă tuberculoşilor să evite călătoriile pe mare; cât pentru protecţia călătorilor şi a personalului de pe bastimente, autorul propune măsurile cunoscute de profilaxie anti-tuberculoză: scuipători, izolare, dezinfecţie, etc. la care adaugă *vizita medicală* înainte de îmbarcare, spre a se putea eliminà bolnavii sau chiar suspecţii de tuberculoză, când este vorba de personalul nàvilor. Călătorii tuberculoşi ar puteà fi luaţi pe bastimente numai în cazuri excepţionale, de forţă majoră.

G. PROCA.

Hétier, Le goudronnage des routes. *(Revue d'hygiène,* Mai 1905). Experienţele făcute în curs de trei ani (1902—1904), dar mai ales aplicaţiile din 1904 când s'au gudronat 42.000 metri pătraţi de şosea din departamentul Senei, au arătat că acoperirea şoselelor cu catran prezintă avantaje serioase, unele igienice fiindcă se suprimă sau se împuţinează praful de pe drumurile umblate mult, şi altele economice fiindcă se micşorează cheltuelile de întreţinere (stropire şi curăţire de noroi).

Pentru acoperirea unui metru pătrat de şosea se cere în termen mijlociu un kilogram de catran, care în Franţa costă 15 bani. Autorul descrie pe lângă bunele rezultate ce s'au obţinut şi condiţiile în care este aplicabilă gudronarea precum şi tehnica destul de simplă a operaţiei, G. Proca.

Anton Sticker. Erfolgreiche Übertragungen bösartiger Geschwülste bei Tieren. (Transmisiunea tumorilor maligne la animale). *(Medizinische Klinik,* No. 24. 1905). Experienţele de transmitere a sarcomului au fost făcute în institutul de terapeutică experimentală din Francfurt. Materialul întrebuinţat a fost un sarcom al penisului unui câine. Încercări de transmitere cu această tumoră s'au făcut la 60 câini şi 2 vulpi. Ele s'au efectuat cu părticele din tumoră secţionată şi implantate sub-cutan, intraperitoneal, intrapleural, în oase, în cavitatea bucală, craniană, în ochi. Rezultatele au fost pozitive.

Istologiceşte se puteà constatà un sarcom cu celule mici rotunde, analog cu limfosarcomul omului. Sarcomul aşà implantat, se răspândià fie prin diseminare în organele vecine, fie prin curentul sanguin, dând naştere la o sarcomatosă generalizată.

Masele de tumori întrebuinţate erau sterile din punct de vedere bacteriologic.

Rezultatele au fost pozitive cu mase luate din tumori tinere şi din tumore datând de 3—4 luni. Vârsta şi rasa câinilor întrebuinţaţi în experienţe n'a avut nici o influenţă. Transmiterea a reuşit tot aşà de bine la câinii tineri ca şi la cei bătrâni. Conservarea în timp de 24 ore a tumorei la 14° de frig sau încălzirea în timp de 2 ore la 50°, n'au împedicat reuşita experienţei.

Încercările de transmitere la alte animale (pisici, şoareci, cobai), au fost totdeauna negative. La vulpe însă în 2 cazuri s'a obţinut rezultate pozitive.

In unele cazuri la câini, după ce transmiterea reuşise, s'a observat o vindecare spontanee. La 20 câini, după ce prima tumoră implantată dispăruse, noi implantări au dat rezultate negative. Faptele acestea vorbesc în favoarea unei imunităţi dobândite, după ce prima tumoră a dispărut.

S. Irimescu.

L. Cruveilhier. De la valeur thérapeutique de l'antitoxine dans le sérum antidiphtérique. (Ann. *Inst. Pasteur.* XIX. 1905. 266). Clinicianii observaseră deja că valoarea preventivă sau curativă a unui ser antidifteric, nu creşte în totdeauna cu valoarea lui antitoxică. Prezenta lucrare confirmă şi precizează acest fapt. Autorul experimentează valoarea curativă şi preventivă a diferitelor seruri antidifterice, faţă de boala produsă, prin injecţiunea de bacili difterici la cobai. A constatat că unele seruri titrând 200, ba chiar 50 unităţi antitoxice, au reuşit să previe boala în cazuri unde un ser titrând 500 unităţi, a fost ineficace. A putut stabili că sângele unui cal imunizat îşi conservă mai mult timp puterea preventivă decât puterea antitoxică.

Din punctul de vedere curativ, în majoritatea cazurilor, un ser titrând 200 unităţi, a dat rezultate pozitive pe când serul titrând 500 unităţi, rămânea fără rezultat favorabil; a putut stabili că 20 unităţi antitoxice aparţinând serului cu 200 unităţi, vindecau mai sigur ca 50 unităţi provenite din serul cu 500 unităţi antitoxice.

Aceste rezultate, în aparenţă paradoxale, se explică prin faptul că serul antidifteric, pe lângă antitoxina propriu zisă, mai conţine şi substanţe antimicrobiene sau preventive, sensibilizante şi în fine aglutinine. (In prepararea serului antidifteric, trebue ţinut compt de aceste fapte, şi nu trebue să avem în vedere numai dobândirea unui titlu antitoxic cât de ridicat).

I. CANTACUZINO.

Signoret (H). **Despre declorurațiune în flegmatia alba dolens.** (Teză, Paris, 1905).

Cura declorurațiunei, aplicată de către Widal mai întâi la morbul lui Bright, a găsit indicaţiuni şi în edeme de altă origină. Autorul lucrărei de faţă a instituit acest tratament la cinci cazuri în flegmatia alba dolens puerperală.

Flegmaţiile tratate astfel, bine înţeles însă în acelaş timp şi prin imobilizare, s'au vindecat de obicei între 10 şi 12 zile. TRANCU-RAINER.

Wilms. **Serumbehandlung des Milzbrandes.** (Tratarea cu ser al antraxului). (*Münchener medizinische Wochenschrift*, No. 23. Iunie 6, 1905). Mortalitatea mică a antraxului la om, 5 — 20%, face că e greu să se decidă în cazul când serul să întrebuinţează, dacă vindecarea e datorită serului sau evoluţiei naturale a boalei. Wilms raportează două observaţii de bolnavi de antrax trataţi cu ser şi vindecaţi. Unul dintre ei, cu fenomene generale grave a primit şease injecţii de ser Sobernheim, 15—20 c. c., alternativ sub-cutan şi intravenos. Celalt mai puţin grav atins, cu un antrax însă foarte intens, s'a vindecat după trei injecţii intravenoase de 20 c. c. ser.

Cazurile de antrax uman tratate cu ser sunt rare. In Italia Sclavo, a utilizat serul preparat de el în 16 cazuri, cu rezultate aproape totdeauna bune.

Wilms, crede că în cazurile de antrax grav şi în cazurile de antrax intestinal serul lui Sobernheim e foarte indicat. S. IRIMESCU.

MICROBIOLOGIE ŞI ANATOMIE PATOLOGICĂ

Oskar Bail. **Der akute Tod von Meerschweinchen an Tuberkulose.** Moartea rapidă a cobailor prin Koch. *Wiener Klin. Wochenschr* No. 9. 1905. Se ştie că bacilii Koch la cobai tuberculoşi dau moarte rapidă; Bail obţinând acest fenomen şi prin injecţie de bacili bine spălaţi, crede că moartea e datorită intoxicaţiei prin substanţele conţinute în corpul bacilului şi puse în libertate numai prin dizolvarea lui.

Cu toate că pentru bacilul tuberculozei fenomenele de bacterioliză sunt foarte greu de observat, totuşi Bail le descrie în exudatul animalelor suprasensibile; în preparatele necolorate se văd forme sfărâmate, cu marginile palide şi numai cu centrul colorat.

Câtevà experienţe vor lămurì mai bine faptele:

I. a) *cobai sănătos*; injecţie intraperitoneală de 100 mgr. bacili; după 2 ore apariţie de leucocite polinucleare *mici* (?) lucrând ca fagocite; uşoară bacterioliză; după 6—8 ore fagocitoză intensă, apariţie de macrofagi, bacili liberi, aproape nu mai sunt; *supravieţuire.*

b) *cobai tuberculos*; după aceeaşi injecţie, nu apar decât foarte rare polinucleare şi macrofage, mai cu seamă pe ficat, splină şi epiploon; exudatul nu conţine decât limfocite; *moarte rapidă.*

Observă încă că cu cât leucocitoza e mai mică, cu atât moartea e mai repede, deci cu atâta animalul e mai sensibil.

Concluzie: animalele sănătoase reacţionează la injecţie de bacili prin exudate cu polinucleare şi cu macrofagi supravieţuind, pe când cele tuberculoase la reinjecţie prin exudate cu limfocite, şi cu cât exudatul e mai sărac, cu atât moartea e mai repede.

II. Experienţele cu exudat peritoneal produs prin o nouă injecţie de 100. mgr. bacili tuberculoşi la un cobai tuberculizat prin o primă injecţie de 1 mgr. bacili Koch; moarte în 6 ore.

a) Cobai sănătos, 220 gr.; injecţie intraperitoneală de 4 cm.^{3} exudat+100 mor. bacili; moarte în 26 ore fără leucocitoză.

b) Cobai sănătos, 220 gr.; injecţie intraperitoneală cu 4 cm.^{3} exudat+100 mgr. bacili; moarte în 33 ore, etc.

La toate aceste animale, exudatele peritoneale sunt aproape limpezi.

Concluzie: exudatul produs prin o injecţie de bacili la un animal tuberculos, conţine substanţe ce paralizează leucocitele animalelor normale, favorizând astfel intoxicaţia prin produsele bacteriene puse în libertate prin bacterioliză; aceste substanţe le numeşte agresine.

III. Pentru a demonstrà că tuberculina conţinută în exudat nu joacă nici un rol, citează următoarele experienţe:

a) cobai sănătos, 230 gr., primeşte intraperitoneal 100 mgr. bacili+0.1 tuberculină Höchst; moarte în 35 de zile prin tuberculoză.

b) cobai sănătos, 230 gr., primeşte 100 mgr. bacili+0.3 tuberculină Höchst, moarte în 18 zile de tuberculoză.

IV. Exudatele produse însă prin injecţie cu tuberculină la cobai tuberculoşi, injectate la animale sănătoase în acelaşi timp cu bacili, dă moarte rapidă; exudatul îl obţine prin injecţie de 0,3 cm.^{3} tuberculină Höchst la un cobai tuberculos de 6 săptămâni, infectat cu 7 mgr. de bacili şi mort în 7 ore dela injecţie cu exudat limpede.

a) control 215 gr., primeşte 100 mgr, bacili+6 cm.^{3} soluţie Na Cl $7^0/_{00}$; moarte în 10 zile prin tuberculoza generalizată.

b) cobai sănătos, 225 gr., primeşte 100 mgr. bacili+3 cm.^{3} exudat+3 cm.^{3} soluţie NaCl $7^0/_{00}$; *moarte în 16 ore.*

Exudatele chiar spontanee pot aveà aceleaşi rezultate. Din numeroase experienţe însă, se poate afirmà că dau moarte, injectate împreună cu bacili, numai exudatele ce conţin limfocite aproape exclusiv; de îndată ce se găsesc şi polinucleare, experienţele sunt îndoioase.

V. Exudatele încălzite $1/2$ oră la 60°, nu numai că nu îşi pierd proprietăţile, dar încă şi le întăresc; de altfel cantităţile mai mici par că lucrează mai energic decât cele mari.

a) 1 cm.^{3} exudat+100 mgr. bacili=morţi în 10 zile prin tuberculoză generalizată.

b) 2 cm.^{3} exudat+100 mgr. bacili=morţi în 20 ore.

c) 4 cm.^{3} exudat+100 mgr. bacili=morţi în 20 zile.

Bail explică aceste paradoxe prin existenţa în exudate a unor substanţe protectoare, ce sunt distruse la 60°; pe de altă parte, injectând cantităţi mici de exudat neîncălzit şi substanţele protectoare sunt puţine şi deci insuficiente; injectând cantităţi mari şi substanţele protectoare fiind mai multe, sunt şi mai eficace.

Din toate aceste experienţe, Bail conchide că moartea e produsă prin intoxicaţie acută cu substanţe combinate de bacili şi puse în libertate prin bacterioliză; leucocitele însărcinate cu distrugerea acestor endotoxine fiind paralizate de agresiune.

Agresiunile se produc la orice animal tuberculos şi în momentul când animalul e îmbibat de dânsele, leucocitele sale sunt paralizate, nu numai faţă de noi bacili, dar chiar şi faţă de cei conţinuţi în corpul său.

A observat încă că experienţele sunt cu atât mai concluante, cu cât bacilii Koch injectaţi sunt mai tineri, şi admite bacilii primitivi ai lui Marmorek ca forme tinere, mai uşor de dizolvat. BRUCKNER.

Dr. Carlo Ceni und Dr. Carlo Besta. Die pathogenen Eigenschaften des Aspergillus niger mit Bezug auf die Genese der Pellagra. (Proprietăţile patogene ale lui aspergillus niger cu raport la geneza Pelagrei). *Beiträge zur pathologischen Anatomie etc.*, red v. Ziegler Band 37, Heft III, 1905. Proprietăţile pathogene ale lui *Aspergillus niger*, n'au făcut până acum subiectul vreunei cercetări.

Marea însemnătate pe care a luat'o în timpii din urmă, mai cu seamă în ceea ce priveşte *Aspergillus fumigatus*, pentru etiologia Pellagrei, a determinat pe autorii articolului de faţă să studieze proprietăţile speciei mai sus citate; cu atât mai mult cu cât au fost determinaţi la aceasta prin găsirea şi izolarea acestei ciuperci din cadavre de indivizi morţi de Pellagră cronică,

Experienţele au fost făcute pe câini, cobai şi iepuri, şi s'a întrebuinţat Aspergillus în 3 moduri:

a) Injecţiuni intraperitoneale de Emulsie de Spori.

b) Inoculaţiuni intraperitoneale de grăunte de porumb infectate.

c) Nutrirea cu material infectat (porumb sau făină).

In afară de asta s'a extras toxină prin ferbere cu apă sau alcool şi s'a injectat intraperitoneal, diferite doze, la aceleaşi animale de experienţă.

Rezultatele la cari au ajuns aceşti autori, după experienţe foarte riguros făcute, se pot rezumà în:

1. *Aspergillus niger* e pathogen; substanţele toxice formate au o acţiune foarte deprimantă.

2. Simptomele provocate de această ciupercă sunt deosebite de cele provocate de *Aspergillus fumigatus* sau *flavescens;* pe câtă vreme la aceste din urmă se observă excitare nervoasă, cu tremurături, contracturi tetaniforme, crampe etc. *Aspergillus niger* provocă o stare de deprimare profundă, osteneală şi dureri atroce abdominale.

3. Proprietăţile pathogene se manifestă la fel, atât în intrebuinţarea ciupercei intregi (injecţiune sau nutrire), cât şi în întrebuinţarea substanţelor toxice extrase.

4. Substanţele toxice se extrag tot atât de bine cu apă ca şi cu alcohol prin fierbere, şi difuzează în lichidul de cultură.

5. *Aspergillus niger*, are, probabil, din cauza naturei substanţelor toxice pe cari le conţine, un rol destul de însemnat la geneza formelor cronice de Pellagră. C. I. M.

A. Doebert. **Die verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen dem Bacillus faecalis alkaligenes und dem Typhusbazillus.** *(Archiv. für Hygiene,* LII Bd., H. 1.) Intr'o lucrare din 1904, Altschüler comunicase că răuşise să modifice un bacil alcaligen astfel în cât nu se deosebia din punct de vedere biologic de bacilul tific. La rândul său un bacil tific fusese făcut să semene în totul cu bacilul fecal alcaligen. Altschüler obţinea aceste modificări cultivând alcaligenul mai multe săptămâni pe placenta umană.

Doebert reia cercetările asupra transformării alcaligenului în bacil tific şi ajunge să constate că există într'adevăr tipuri de alcaligen care pot să fie modificate (după treceri repetate prin corpul cobailor) şi care nu se mai pot deosebì de un tific autentic, cu ajutorul metodelor obişnuite de cultură şi aglutinare. Din cele 3 exemplare cu care a lucrat autorul ia caracterele bacilului tific numai unul (notat *Stamm. I*), ceeace ar arătà că există un grup de deosebiţi alcaligeni.—Lucrarea este făcută sub direcţia profesorului Rubner la institutul de igienă al Universităţii din Berlin. G. Proca.

P. Doehle. **Ueber Blutbefunde bei Syphilis, Masern und Pocken.** (Constatări făcute în sânge în sifilis, pojar şi vărsat). *(Medizinische Klinik,* 1905, No. 24). Comunicarea sensaţională a lui Schaudinn şi Hoffmann. (Societ. medicină Berlin, 17 Maiu 1905), confirmată de Metschnikoff şi Roux asupra presenţei de spirocheţi în şancărul şi în ganglionii limfatici sifilitici dă un oarecare interes, cercetărilor lui Doehle asupra sângelui sifiliticilor. Sângele a fost luat câtva timp după apariţia exantemului secundar, şi examinat, în picătură pendentă, în stare proaspătă, fără nici o coloraţie, prin urmare.

Ceea ce se vede, în mod foarte frecuent, sunt granule foarte mobile, de mărime variabilă, prevăzute cu una sau mai multe prelungiri, de abià visibile Câteva din aceste granule sunt de coloare mai închisă. Se văd apoi forme lungi ovale mobile, prevăzute cu un flagel abia aparent. Protoplasma are o structură foarte delicată.

Formele cele mai caracteristice sunt însă următoarele: Extremitatea superioară e fusiformă, câteodată prelungită în formă de bastonaş. Delimitarea sa e preciză. Protoplasma cu structură delicată, câteodată uşor granuloasă. Flagelul atârnă de această extremitate şi se subţiează din ce în ce. Intre flagel şi extremitatea superioară se află de obicei o granulă refringentă. Formele acestea sunt mobile în toate direcţiunile

Mai rare sunt alte forme, în care extremitatea superioară e mai groasă, mai rotundă, cu marginea îngroşată într'o parte şi cu două granulaţii una mai mare şi alta mai mică, mobile în interiorul său.

In sânge se găsesc apoi, mai mult sau mai puţin numeroase, filamente protoplasmice foarte delicate şi de abià vizibile.

In trei cazuri de *pojar*, după apariţia exantemului, Doehle a văzut în sânge, forme aproape identice cu cele descrise mai sus. Extremităţile însă, sunt mai prelungite şi iau forma de bastonaşe.

In două cazuri de *variolă*, aceleaşi formaţiuni existau: Extremităţile ovale cu flagel lung.

Formele acestea descrise de Doehle pe care el voeşte să le pună în legătură cu spirocheţii lui Schaudinn, au aerul să fie pur şi simplu alteraţii de ale globulelor roşii sanguine, cum să observă adeseori în gută pendentă.

S. IRIMESCU.

R. Gottlieb. **Ueber die Herz und Gefässwirkung des Diphterie-Gifts.** (Acţiunea toxinei difterice asupra inimei şi vaselor) (*Medizinische Klinik*, 28 Mai 1905). Acţiunea toxinei difterice asupra circulaţiei e importantă şi pentru clinician de oare ce explică cazurile de colaps în cursul difteriei.

Experienţele lui Pässler şi Rolly (Deutsch, Arch. f. Klin. med. vol. 77. pag. 96, 1903) au arătat că într'o primă fază toxina difterică paralizează centrele vaso-motore, mai târziu însă exercită o acţiune directă paralizantă asupra inimei. In anumite cazuri paralizia vaso-motorilor durează un timp oarecare până ce paralizia inimei se produce; altă dată însă inima se paralisează repede şi moartea poate să urmeze în cazul unui cord puţin resistent. Cliniceşte pulsul mic şi frecuent ar indica numai o paralizie vaso-motoare, pulsul mic şi lent o paralizie cardiacă (Naunyn). In acest din urmă caz tonicele cardiace digitala, strophantus ar fi indicate.

S. IRIMESCU.

G. Fichera. **Sull'a ipertrofia del la ghiandola pituitaria consecutiva alla castrazione.** (Asupra ipertrofiei ipofizei consecutivă casstraţiunii). *Bolletino dela R. Accademia Medica di Roma.* Anno XXXI, Fasc. III. Lucrarea aceasta foarte interesantă făcută în laboratoriul de patologie generală din Roma, dirigeat de profesorul Bignami are de scop să precizeze raporturile dintre ipofiză şi glandele genitale masculine. Fichera a cântărit, ipofiza la 50 de cocoşi şi cincizeci de claponi. Pe câtă vreme greutatea medie a pituitarei e la primii de *1 centigr., 33 miligr.* la ultimii e de *2 centigr. şi 67 miligr.* Sub influenţa castraţiei greutatea ipofizei s'a îndoit prin urmare. Cântărind encefalul la aceleaşi animale a văzut numai o deosebire medie de 2 centigrame în plus la claponi. (Greutatea medie la cocoş 3 gr. 32; la claponi

3 gr. 34). Deosebirea este deci minimă şi fără însemnătate. La cinci tauri greutatea medie a ipofizei a fost de 3 gr. 35 cent. pe când la acelaşi număr de boi găseşte o medie de 4.46. Media greutăţii la 5 bivoli e de 1.80. La un acelaşi număr de animale castrate din aceeaşi specie greutatea medie e de 3,80. Peste tot deci deosebirea se menţine în mod foarte evident. Din punct de vedere istologic se vede că ipertrofia se datoreşte unei proliferaţiuni foarte însemnate a celuleior eosinofile, Pentru a stabilì timpul în care se poate vedeà dejà deosebirea între ipofiza animalelor normale şi a celor private de testicul, autorul a sacrificat cocoşi operaţi după 5, 20, 25, de zile. La cei ce au trăit 20—24 de zile structura glandei se aseamănă dejà foarte mult cu aceea a claponilor operaţi de mai mult.

O constatare mai interesantă încă e aceea făcută în urma injecţiunilor de suc testicular de cocoşi la claponi. Una sau două injecţiuni sunt suficiente pentru a modificà aşà de mult structura ipofizei, încât să o facă asemănătonre cu aceea de cocoş. (Celulele mici cu granulaţiuni risipite sau acumulate în grămezi şi colorabile cu hematoxilină celulele eosinofile puţin numeroase). Suprimarea injecţiunilor face ca glanda să-şi reià caracterul ce-l găsim la animalele castrate netratate. Autorul admite deci că secreţiunea internă a testiculelor are un răsunet constant şi foarte însemnat asupra ipofizei care se ipertrofiază când această secreţiune lipseşte.

C. PARHON.

Gaetano Ficcera. Ancora sulla ipertrofia della ghiandola pituitaria consecutiva alla castrazione. (Iarăşi asupra ipertrofiei glandei pituitare consecutivă castraţiunii). *Bollettino dela R. Academia Medica di Roma*, Anno XXX. Fasc. IV. Autorul reià experienţele precedente la animalele femele servindu-se de specii diferite de cele din cercetările precedente pentru a puteà generalizà mai bine. La 2 femele normale de cobai greutatea ipofizei a fost respectiv de 1 ctg. 50, şi 1 ctg. 35. La 3 femele operate a fost de 1 ctgr. 50, 1 ctgr. 80, 2 ctgr. 20. La 2 femele de iepure neoperate ipofizia cântărià 1 ctgr. 60; 1 ctgr. 80. La 3 animale de aceeaşi specie şi sex operate găsim greutatea ipofizii de 2 ctgr; 2 ctgr. 25; 3 ctgr. 10. Deosebirea constatată la bărbat între animalele castrate şi cele normale se regăseşte deci la femee. Aceleaşi deosebiri istologice există de asemenea şi în aceste din urmă experienţe. Fichera conchide din totalul experienţelor sale că prezenţa secreţiunii interne a glandelor sexuale moderează activitatea glandei ipofizare şi la animalele tinere extirparea testiculelor şi a ovarelor exalta activitatea funcţională determinând ipertrofia şi iperplasia glandei pituitare. In acelaşi timp se observă o dezvoltare mai mare decât de obiceiu a mai multor ţesături, în special a celui osos. Mărirea activităţii funcţionale a ipofizei în urma castraţiei pare deci o influenţă activând schimburile organice şi făcând astfel mai bune condiţiunile de nutriţiune şi de dezvoltare a multor ţesuturi în general mai cu seamă însă a celui osos.

C. PARHON.

Edmund Koke. Ueber die aggresive Wirkung von Diplokokkenexudaten. Asupra acţinnii agresive a exudatelor produse de pneumococi. *Wiener Klin. Wochenschr.* No. 14. 1905. Confirmă cercetările lui Bail pe deplin.

1) exudatul produs de pneumococi nu e toxic el singur.

2) injectat împreună cu pneumococi, grăbeşte moartea animalului.

3) animalele tratate în diferite rânduri cu aceste exudate, dobândesc o imunitate solidă.

4) Serul acestor animale nu numai că protejà animalele noi, dar e chiar şi terapeutic (asupra acestui punct va mai reveni). BRUCKNER

Korte, Steinberg. Über die agglutinierende Wirkung des Serums von Typhuskranken auf Paratyphusbacillen nebst Bemerkungen über makroskopische und mikroskopische Serodiagnostik. (Asupra acţiunei aglutinante a serului bolnavilor de febră tifoidă, asupra bacililor paratifici, cu observaţiuni asupra serodiagnosticului macroscopic şi microscopic). *(Münchener Medizinische Wochenschrift*, No. 21. 23 Mai 1905), — Grünberg şi Rolly în 35% din 40 cazuri cercetate de febră tifoidă, au constatat că serul tificilor aglutinează în proporţie mai ridicată, paratificul decât bacilul lui Eberth. Drigalski semnalase dejà acest fapt. Dacă observaţiile de felul aesta s'ar generalizà, aglutinarea n'ar mai puteà servì la stabilirea unui diagnostic diferenţial între febră tifoidă şi paratifus. Zupnik şi Posner, Bruns şi Kaiser, Korte, au găsit însă că serul tificilor aglutinează mai mult bacilul lui Eberth decât paratificul.

Korte şi Steinberg au reluat experienţele de aglutinare şi au utilizat serul din 70 cazuri de febră tifoidă.

In nici unul din cazurile lor, aglutinarea n'a fost mai mare pentru paratifici decât pentru bacilul tific, din contră, titlul aglutinării a fost totdeauna mult mai urcat pentru bacilul Eberth.

Autorii recunosc şi ei că sunt totuşi cazuri indubitabile de *aglutinări de grup*. Aşà, de Nobele, cu ocaziunea unei epidemii de intoxicaţii prin carne, la Bruges, a văzut că serul bolnavilor aglutinà mai tare bacilii tifici decât bacilul specific izolat în această epidemie.

Korte a putut constatà acelaşi fenomen. Intr'un caz de febră tifoidă, la începutul boalei, serul aglutinà în mod egal bacilul tific şi bacilul Bruges. Mai târziu însă aglutinarea a fost mai mare pentru bacilul tific decât pentru bacilul Bruges. Jürgens şi Brion au semnalat totuşi cazuri, în cari în tot decursul febrei tifoide, aglutinarea a fost mai mare pentru paratific decât pentru bacilul Eberth.

Cazurile acestea sunt însă absolut excepţionale.

Serul paratificilor, care la început când bacilul paratific a fost izolat, să credea că aglutinează numai acest bacil (Schottmüller, Kurth, Brion şi Kayser, Hoffmann, etc.,) s'a văzut în urmă că aglutinează, deşì în grad mai mic, şi bacilul tific.

Korte şi Steinberg explică diferenţa de rezultate obţinute de ei, faţă de experienţele lui Grünberg şi Rolly, prin faptul că aceşti autori, s'au servit de diluţiuni arbitrar alese 1:50 iau 1:100, fără să caute, dacă cu diluţiuni mai mari rezultatele vor fi identice.

Cum însă serurile prezintă o specificitate numai relativă şi au proprietatea aglutinării în *grup,* e nevoe de a determinà *limità* acţiunii aglutinative.

Pentru rezultatele obţinute de Drigalsky, autorii observă că n'a determinat exact limita aglutinării şi a stabilit gradul de aglutinare numai macroscopiceşte şi nu microscopiceşte. Korte şi Steinberg au observat însă că macroscopiceşte, serul tificilor într'un mare număr de cazuri, pare că aglutinează în diluţiune mai mare paratificii de cât tificii.

Microscopiceşte însă limita aglutinării e mai urcată pentru bacicul tific de cât pentru paratific.

Pentru aglutinarea macroscopică nu e apoi suficient să se cerceteze reacţiunea după *două ore,* de oare-ce ea se poate produce mult mai tărziu.

Importanţa *limitei de aglutinare* e foarte mare.

Falta şi Nöggerath, Sahli, Scheller, au cercetat cazuri de febră tifoidă, la cari în concentraţie mare nu se observà nici o aglutinare, pe când în diluţie mai accentuată aglutinarea se produce.

Ţinând seama de toate aceste condiţiuni ale fenomenului de aglutinare, se poate vedeà că seradiagnosticul rămâne încă valabil pentru diferenţiarea febrei tifoide de paratifius.

S. Irimescu.

Marfan şi Le Play. Recherches s. la pathog. des accidents serotherapiques. (*Rev. mens. des mal. de l'Enf.* Mai 1905). I. Când injectăm la un animal A serul unui animal de altă specie B, se produce adese ori în sângele animalui A, *anticorpuri,* cari au proprietatea de a precipità serul B: aceste anticorpuri se numesc *precipitine.*

Hamburger şi Moro asistenţii lui Escherich cercetând dacă nu cumvà se produc precipitine în sângele scarlatinoşilor injectaţi cu serul antistreptococcic a lui Moser (ser de cal), au constatat că, în asemenea condiţiuni, producerea de precipitină nu e constantă ci apare numai când se ivesc accidente seroterapice. Aceste accidente ar fi datorite reacţiunii de precipitaţie, care producându-se în organism, ar determinà tromboze capilare cari turbură circulaţia în piele şi produc erupţiuni.

Francioni în serviciul lui Mya a confirmat aceste cercetări: el crede că de obiceiu organizmul e în stare de a transformà albumina eterogenă într'o albumină omogenă: atunci nu se produc precipitine şi accidentele seroterapice lipsesc. Dar la unii indivizi lipseşte această facultate, deci organismul lor se apără prin formaţiunea de anticorpuri.

Marfan şi le Play au căutat de a verificà concluziunile precedente la copii injectaţi cu ser antidifteric. Experienţele «*in vitro*» au consistat în a amestecà serul copilului cu serul antidifteric, a pune amestecul la termostat la 37° şi a observà precipitarea.

E de notat că autorii eliminà din grupul accidentelor seroterapice «*erythemele scarlatiforme, morbilliforme, polymorfe, generalizate şi febrile*» de obiceiu mai tardive, pe cari le consideră ca datorite unei infecţiuni secundare cu strepto sau diplococi. Rămân ca accidente incontestabil serice: urticaria, erythemele parţiale trecătoare (maculoase, papuloase, punctiforme, în plăci) şi fenomenele dureroase ca arthralgiile şi myalgiile.

Rezultatele obţinute de M. şi le P. sunt următoarele:

1). În cazurile în cari în urma injecții nu s'au ivit accidente seroterapice sau numai accidente din grupul eliminat mai sus, nu s'a constatat nici un precipitat.

2). În cazurile în cari, în urma injecției, s'au produs accidente seroterapice *authentice*, reacțiunea s'a arătat pozitivă (afară de cazurile unde accidentele au fost foarte ușoare).

II. O a doua parte a lucrării este consacrată fenomenelor cari se produc când se repetă injecțiile de ser eterogen.

Arthus a arătat că dacă se face unui iepure o serie de injecții de ser de cal, la primele injecții nu se observă fenomene toxice, dar dacă injecțiile se repetă, se arată fenomene locale din ce în ce mai accentuate (aveam, abcese aseptice, plăci gangrenoase) și după 6—8 injecții, chiar fenomene generale acute sau de intoxicație lentă, cari se pot terminà prin moartea animalului.

Pentru Arthus, aceste fapte intră în categoria celor studiate de Richet sub numele de *anafilaxie* (anafilaxia e un fenomen prin care un organism devine cu atât mai sensibil față de o substanță toxică, cu cât această substanță i se administrează mai des; anafilaxia se poate considerà ca fenomenul invers al obicinuinței).

Erà interesant de a cercetà dacă în urma injecțiunilor repetate de ser antidifteric, nu se produce cevà analog cu fenomenul lui Arthus. Dintr'o serie de observațiuni clinice de bolnavi la cari s'au repetat injecțiile, rezultă următoarele concluziuni:

1). In condițiunile în cari sunt de obiceiu făcute și repetate injecțiile de ser antidifteric, nu se produce nimic analog cu fenomenul lui Arthus.

2). Cu toate astea, se poate, la om, provocà fenomene asemănătoare cu cele observate de Arthus la animale, când se injectează din nou, ser antidifteric unui bolnav care a prezentat în urma unei injecții precedente accidente serotherapice cu formațiune de precipitine: în aceste condițiuni, apare la nivelul injecțiii, în mai puțin de 24 ore, o umflătură oedematoasă cu durere, căldură, roșeață, și, uneori, adenite corespunzătoare, și chiar o mișcare febrilă. Aceste accidente sunt trecătoare. Când se ivesc, nu se observă nici o dată accidente serotherapice generale, ceea ce autorii explică prin faptul că se produce în rețeaua țesutului celular, precipitări cari împiedică trecerea serului eterogen în circulațiunea generală, și prin urmare intoxicațiunea.

3). De oare ce la om astfel de accidente nu se agravează progresiv prin repetițiunea injecțiilor, ele nu pot fi asimilate cu fenomenele de anafilaxie.

DR. GRIGORE JACOBSON.

Meinicke. Ueber die Hämolysine der choleraähnlichen Vibrionen. (Asupra hemolysinelor vibrionilor saprofiți). (*Zeitschrift für Hygiene,* Vol. 51, Fasc. 2, Mai 1905, p. 165—184). Meinicke a experimentat producerea de hemolysine cu filtratele de cultură a vibrionilor cholerici și saprofiți. La nici una din cele 65 de culturi de vibrioni cholerici adevărați, Meinicke n'a constatat existența unei hemolysine. Din 23 de vibrioni saprofiți, 12 au dat hemolysine.

Producerea de lysinoide, in filtrate de culturi vechi, de corpi adică, cari după terminologia şcoalei lui Ehrlich, fără să producă hemolisa, împedică globulele roşii cari au fost supuse la acţiunea lor să fie dizolvate prin filtrate noui, n'a fost constatată de Meinicke contrariu, cercetărilor lui Volk şi Lippschütz.

Ca şi staphylolysina şi tetanolysina, vibriolysina e thermolabilă, e distrusă adică prin încălzirea de $^1/_2$ oră la 56°.

Vibriolysinele ca şi staphylolysinele, îşi păstrează mult timp activitatea. După 6 luni de conservare la ghiaţă, 17 din 20 filtrate, se arătau încă active; 3 numai încercaseră o uşoară diminuţiune în proprietăţile lor hemolytice.

Cu ajutorul antihemolysinelor, Meinicke, a încercat să diferenţieze vibrionii între ei.

In urma rezultatelor obţinute, Meinicke, face din producerea de hemolysine o proprietate specifică a unora dintre vibrioni, care împreună cu aglutinarea şi cu reacţia lui Pfeiffer, poate servì la clasificarea lor.

S. IRIMESCU.

A. L. Menzer. **Zûr Frage der Wirckung eines menschliches Eiweiss präzipitierenden Serums und seiner Anwendung beim Menschen.** (Asupra acţiunei unui ser, precipitând albumina şi întrebuinţărei sale la om). (*Medizinische Klinik* 1905 Nr. 24.) Huber a arătat că serul animalelor care au fost tratate cu lichid de ascită umană, dejà în cantităţi mici (0.3 — 0.5 c. c.) provoacă la reumatisanţii cronici sau la tuberculoşi, reacţiuni generale (urcări de temperatură de 0.5° — 1° — 2°) şi reacţiuni locale (congestiunea articulaţiuni bolnave sau augmentarea ralurilor, a expectoraţiei la tuberculoşi).

Pentru Huber, reacţiunile provocate cu serul lui Menzer — ser antistreptococic — ar fi datorite precipitinelor pe care le conţine, din cauză că streptococii utilizaţi pentru imunizare sunt cultivaţi pe bulion cu lichid de ascită.

Menzer caută să apere specificitatea reacţiunii provocată prin serul său. Pentru aceasta el invocă următoarele argumente:

1) Pentru inoculări să întrebuinţează, numai corpul bacililor aşà, încât lichid de ascită nu e inoculat decât, atât cât a fost luat în corpul bacililor.

2) Huber singur recunoaşte că n'a găsit precipitine în serul lui Menzer şi pune în legătură absenţa lor cu mica cantitate de acid fenic, întrebuinţat pentru conservarea sa. Huber însă n'a studiat din punctul acesta de vedere, serul lui Tavel care nu conţine acid fenic.

3) Curbele termice obţinute cu serul lui Huber sunt diferite de cele ale serului lui Menzer.

4) Numai în cazurile de rheumatism cronic exudativ cu prezenţă de streptococi, serul lui Menzer dă reacţiuni, pe când serul Huber provoacă aceste reacţiuni şi în cazurile învechite de rheumatism. Menzer arată mai departe, c'a observat deseori că bolnavii cari fuseseră trataţi mai mult timp cu ser antistreptococic în doze de 5 — 10 c.c. fără nici o reacţie locală, prezentau mai târziu, după ce primiseră o cantitate de 100 c. c. tumefacţia locului de injecţie ocupând câteodată membrul întreg. Fenomenele acestea le pune în

legătură cu formarea de precipitine în corpul animalelor și al omului. Precipitinele acestea provoacă embolii în vasele organelor bolnave, cu condițiuni mai defectuoase circulatorii. Emboliile explică tumefacțiile dureroase ale articulațiilor bolnave și augmentarea ralurilor pulmonare în cazurile de tuberculoză. Din această cauză Menzer nu socotește întrebuințarea unui ser precipititant ca absolut indiferentă și recomandă să se procedeze cu multă prudență.

S. Irimescu.

Piéry et **Mandoul.** Les variations morphologiques et numériques du baccille de Koch et la séméiologie de la tuberculose pulmonaire. (*Arch. gén. de méd.* Mai 1905.) Intr'un istoric amănunțit se arată că dela forma *omogenă* descrisă de Koch (1897) au fost văzute toate formele: b. *coccus* (Metchnicoff) b. *moniliform* (Flügge, Lutz, Unna și Heidenreich, Strauss), b. *ramificat* (Nocard, Roux) b. *radiat actinomicosic* (Metchnicoff, Schultze, Dubard, Bataillon și Terre, Ledoux, Lebard) forme, variabile după mediul de cultură, iar în alte împrejurări legate de starea saprofitică a acestui bacil.

Autorii au studiat sputa a 59 cazuri de tuberculosă pulmonară. Technică simplă: colorație pe lame cu procedeul Ziehl-Hauser. Au stabilit patru tipuri: 1) bacili *omogeni scurți* și *diplo-bacili;* 2) b. *omogeni lungi;* 3) *moniliformi scurți*, și 4) *moniliformi lungi* și *paramoniliformi.* Tot cu așà technică simplistă au căutat să stabilească și o valoare numerică.

Variațiunile morfologice și numerice ale bacilului Koch în expectorația tuberculoșilor sunt studiate în raport cu diferitele forme clinice și diferitele momente ale evoluțiunii procesului tuberculos. Iată rezultatele:

Lipsă de bacili: în tub. abortive, tub. fibroase d'emblée, tub. fibroase metapleuretice.

Presență inconstantă: pneumonii caseoase și granulie. *Omogeni rari sau de loc*: tub. fibroase secundare. *Moniliformi* singuri: broncho-pneumonii tub. *Foarte numeroși omogeni scurți* și *rari moniliformi lungi*: ftisia galopantă.

In tub. fibro-caseoasă (ftisia comună autorilor), care evoluiază prin isbucniri acute cu perioade de remisiune au constatat: *omogeni scurți,* deseori *diplobacili* în faza de infiltrație; *predominența moniliformelor* în perioda de ramoliție (febră). Dacă febra cedează, dacă părțile caseificate se elimină și cicatrizarea începe, atunci găsim în spută: omogeni lungi și scurți, pentru ca la o nouă isbucnire de tuberculi să vedem succesia de mai sus. Din aceste din urmă constatări se vede, că autorii au dedus și o semnificare clinică a diverselor forme de bacili:

I) *Bacili scurți omogeni: a)* foarte numeroși = începutul unei izbucniri caseoase în ftisia comună sau evoluția galopantă; *b)* rari = perioada de remisiune (apyrexie) a ftisiei comune.

II) *Bacili moniliformi lungi:* topirea unui focar caseos. 1) singuri = începutul unei ftisii comune, broncho-pneumonie tbc.; 2) asociați cu omogenii: *a)* predomnesc moniliformii = ftisie comună la sfârșitul izbucnirii caseoase sau febrile; *b)* predomnesc omogenii = perioada febrilă a ftisiei comune sau a celei galopante; *c)* omogenii lungi, moniliformii scurţi, paramoniliformi = terminaţia acceselor febrile a acestor din urmă forme.

Diagnosticul şi prognosticul după tipul şi numărul bacililor nu se poate preciză. Formula admisă azi de majoritatea autorilor: omogeni = prognostic grav, moniliformi = prognostic benign, nu corespunde cercetărilor acestor autori.

In privinţa tipurilor şi numărul bacililor în hemoptizii autorii aceştia constată, că în perioada primă nu există bacili, fapt, după dânşii, contrar celorlalţi autori. In celelalte perioade formulele rămân neschimbate, numai, că numărul bacililor se reduce din cauza diluaţiunii prin sânge.

VRANIALICI.

V. Porcile. Beitrag zur differential-diagnostischen Unterscheidung der Typhus, und typusähnlichen Bakterien mit Hülfe der Agglutination. (Contribuţiune la diagnosticul bacililor tifici şi paratifici prin aglutinare). *(Zeitschrift für Hygiene,* Vol. 50, Fasc. 2, Mai 1905, pag. 215—246). Autorul a experimentat fenomenele de aglutinare cu un număr oarecare de bacili din grupul tificilor: 7 culturi de bacil tific, 6 de paratific, 4 de coli, cu bacilul enteritidis Gärtner, bacilul disenteric (Kruse), faecalis alcaligenes.

El a injectat pe rând aceste culturi şi cu serul obţinut a încercat aglutinarea, faţă de fiecare din bacilii cu care a experimentat.

Bacilii tifici au fost aglutinaţi toţi la fel, 1 : 2.000 — 1 : 10.000, cu serul obţinut cu oricare din culturile de tific.

Faţă de majoritatea celorlalţi bacili, serul de tifici, s'a arătat sau inactiv sau a aglutinat în proporţie slabă, 1 : 20, 1 : 50, 1 : 100. Cu bacilul enteritidis Gärtner, cu Saarbrücken (paratific), aglutinarea s'a produs însă până la 1 : 100, 1 : 200 şi cu un coli până la 1: 500. Niciodată însă în proporţia avută cu bacilii tifici adevăraţi (1 : 2.000). Augmentarea valorii aglutinative a serului faţă de bacilii tifici, n'a avut ca rezultat o augmentare şi faţă de ceilalţi bacili. Aglutinarea rămânea tot ca la început.

Cu serul obţinut cu paratificii, bacilii tifici de obiceiu nu erau aglutinaţi. Totuşi cu paratificul Schottmüller A., Strassburg B şi Saarbrücken se obţineà un ser care aglutinà şi bacilii tifici, până la 1 : 200. Dacă însă cu serurile cu valoare aglutinativă slabă, o confuzie e posibilă, cu serurile cu aglutinare forte 1 : 2.000—1 : 10.000, specificitatea apare evidentă. Numai paratificii sunt aglutinati.

Experienţele de aglutinare au arătat mai departe că bacilul faecalis alcaligenes, bacilul dysenteric (Kruse), bacilul Gärtner, sunt specii absolut distincte cari nu sunt aglutinate, decât cu serurile lor respective.

Dintre bacilii coli, 3 au fost neînfluenţaţi de ser de tifici şi paratifici. — Numai unul a fost aglutinat. — Cu seruri însă cu valoare aglutinativă urcată, diferenţiarea apăreà şi aici. Fapt important, serul obţinut cu diferite varietăţi de coli, aglutinează numai varietatea cu care a fost obţinut, nu şi celelalte varietăţi de coli.

Pentru constatarea fenomenelor de aglutinare, s'a aşteptat în toate aceste experienţe 24 ore, de oarece rezultatele obţinute după scurt timp (2 ore) sunt nesigure şi pot conduce la erori de diagnostic.

Concluzia acestor experienţe e că fenomenul de aglutinare pentru grupul tificilor şi paratificilor n'are o valoare absolut specifică ca pentru vibrionii cholerici adevăraţi şi vibrionii saprofiţi. Se produc într'adevăr aglutinări de grup. Experimentând însă, cu seruri având o valoare aglutinativă pronunţată 1 : 2.000 — 1 : 10.000, un diagnostic diferenţial e totdeauna posibil.

S. IRIMESCU.

Carol Prausnitz. **Zur Frage der Differenzierbarkeit von Cholera- und choleraähnlichen Vibrionen mittels des Blutagars.** (Diferenţiarea vibrionilor cu ajutorul agarului cu sânge). *(Berliner Klinische Wochenschrift.* No. 19, Mai 1905), Prausnitz a experimentat procedeul indicat de Kraus pentru diferenţiarea vibrionilor cholerici de vibrionii nepatogeni.

După Kraus în agar cu 5% sânge de epure, vibrionii cholerici nu provoacă după 24 ore decât o hemoliză neînsemnată, pe când cu vibrionii saprofiţi fenomenul de hemoliză e foarte aparent. Kraus n'a experimentat însă decât un număr mic de cazuri, 9 de vibrioni adevăraţi şi 12 de vibrioni saprofiţi.

Meinicke controlând procedeul lui Prausnitz, a obţinut rezultate îndoioase.

Prausnitz în institutul de higienă din Hamburg, a reluat experienţele lui Kraus

Ca mediu de cultură, a întrebuinţat agar cu 10% sânge defibrinat.

Agarul cu sânge astfel preparat, trebue întrebuinţat repede, de oarece după Bitter, globulele sanguîne după un timp oarecare încearcă modificări în mediile solide. Vibrionii au fost luaţi pentru experienţă dintr'o cultură de 12 ore, în soluţie de peptonă 1%. S'au întrebuinţat 49 de vibrioni cholerici adevăraţi şi 156 vibrioni saprofiţi (149 din apă, 7 din intestine). Pe când vibrionii cholerici n'au provocat nici o hemoliză, din 149 vibrioni din apă, 144 au dat o hemoliză aparentă şi 5 au provocat numai o coloraţie verzue a mediului, întocmai ca şi streptococus mitior a lui Schottmüller. Din cei 7 vibrioni din intestine, numai unul a provocat hemoliza.

Metoda lui Kraus e deci foarte importantă pentru diagnosticul diferenţial al vibrionilor.

Din corpul bacililor emulsionaţi în apă fiziologică şi spălaţi de mai multe ori prin sfărâmare şi emulsiune în apă fiziologică, s'a obţinut un lichid opalescent. Extractul acesta conţine hemolizinile bacteriene.

S IRIMESCU.

P. Remlinger. **Sur l'adoptation du virus rabique fixe à l'organisme du lapin.** *(Journ. de Phys. et Path. générale,* No. 2, 1905. Chestiunea dacă virusul fix (adaptat pe organismul iepurelui) poate fi virulent pentru om sau alte animale a preocupat pe autori dela începutul descoperirei vaccinaţiunii. Pasteur în 1889 se pronunţase pentru negativă. Feran în 1888 şi Barreggi în 1889 au injectat virus fix sub piele la om. Feran n'a avut nici un caz mortal dar Barreggi a avut cinci. Autorul a studiat diferite moduri de inoculare: inocularea sub-cutană, la câini, de virus fix i-a dat 92.85 % de succese. Inocularea intra-venoasă 80 %. Inocularea intra oculară 20 %. Din experienţele autorului rezultă că virusul fix e neadaptat pe organismul câinelui.

Acest fapt are o importanţă considerabilă practică de oare ce ar autorizà ca în cazurile grave să se inoculeze măduva de 4 —3 zile, cum se practică la Cracovia de către Nitsch şi Bujwid. A. S.

Zonchello. **Sulle colture del bac. della tuberculosi nei terreni con siero diluto.** (Asupra culturei bac. tuberc. în medii cu ser diluat). (*Policlinico* Iunie 1905). A făcut încercări pentru a înlocuì serul de viţel din mediul lui Vasilescu cu alte seruri mai uşor de gătit. Inlocuind serul de viţel cu ser de epure sau de câine mediul rămânea limpede cu serul de cal după sterilizare mediul deveneà lăptos. Bacilul se dezvoltă, însă este greu de observat dezvoltarea lui în acest ser. M.

L. d'Amato u. P. Macri. **Die sympathischen Ganglien des Magens bei einigen experimentellen u. spontanen Magenkrankheiten** (Ganglionii simpatici ai stomacului în unele gastropatii experimentale şi spontanee). *Virchows Archiv.* 1905. Vol. 180, F. 2.) Au examinat gastrite acutisime, acute şi subacute produse la *câine* prin introducerea unui amestec de alcool etilic şi amilic, diluat cu apă; precum şi un număr de stomacuri patologice dela om, mai ales gastrite cronice. In toate cazurile au găsit leziuni ale ganglionilor simpatici, celulare numai, în afecţiunile cele mai recente; foarte curând şi leziuni interstiţiale, îngroşarea capsulei celulare etc. Asemenea leziuni ganglionare existau chiar în acele cazuri de gastropatie, în cari leziunea anatomică erà localizată în tunica mucoasă.

RAINER.

Ch. Aubertin. **Sur un cas de thrombose neoplasique du coeur-droit.** *(Arch. de Méd. Expérimentale)* No. 2. 1905. Autorul raportă un caz de lymphadenom atypic al ganglionilor mediastinali — care s'a propagat pe cale lymfatică retrogradă — lymfaticile aferente ganglionilor lezaţi s'au dilatat şi în canalele astfel umflate celulele neoplasice s'au dezvoltat. Urmând această cale lymphatică retrogradă au lezat pericardul.

Pe de altă parte, urmând calea sanguină au lezat plămânul şi cordul drept—. Vasele aferente ganglionare vărsând în vine şi apoi în cordul drept mase celulare neoplazice s'au găsit la autopsie în cordul drept o masă centrul căreia erà celule neoplazice — apoi o coroană de leucociţi şi în fine chiagul cruoric. Thombusul acesta fiind voluminos a fost reţinut de cordul drept dar thombusurile mai mici au fost trimese în plămân unde au format o adevărată însămînţare neoplazică (mici tumori izolate). A. S.

Julius Bartel und **Fritz Spieler.** **Der Gang der natürlichen Tuberculoseinfektion beim jungen Meerschweinichen.** (Mersul infecţiei tuberculoase naturale la cobaii tineri. *Wiener Klin. Wochenschr.* No. 9. 1905). Pentru a se puteà apropià experimental cât mai mult de infecţia tuberculoasă dela om la om, creşte cobai în libertate în apartamentele tuberculoşilor.

Animalele erau sacrificate prin cloroform sau se aşteptà moartea naturală, apoi se examinà: limba, mucosa-nazală, ganglionii cervicali, ganglionii bronşici-viscerele.

Din observaţiile lor rezultă că sistemul limfatic e cel care se prinde mai întâiu, obţinând inoculaţii pozitive acolo unde macroscopia nu erau leziuni. Cei mai deşi infectaţi erau ganglionii cervicali şi cei mesenterici; cei bronşici mai rar; dintre cei cervicali, ganglionii corespunzând incisivilor, erau cei mai frecuent atinşi.

Amigdalele şi pulmonii fiind găsiţi foarte des indemni, autorii sunt înclinaţi să admită că porţile naturale de infecţie sunt în ordine de frecuenţă: gura, nasul şi apoi intestinul. BRUCKNER.

G. Deutrebante şi **L. Marchand.** **Considérations sur l'anatomie pathologique de la démence precoce.** *(Revue Neurologique.* No. 7, 1905). Autorii au avut ocaziunea să studieze creerul şi restul sistemului nervos central într'un caz de demenţă precoce. Se ştie că unii autori ca Hecker, Kalbaum, Lubouchine au găsit leziuni cortico-meningee, iar alţii ca Klippel şi Lhermitte, Leroy, Laignel-Lavostine n'au întâlnit decât leziuni sistematizate, interesând aproape exclusiv celulele piramidale.

Cum cestiunea dementei precoce e la ordinea zilei în psihiatrie, cred util a rezumà rezultatele acestor doi autori în cazul de faţă. Meningele moi sunt foarte îngroşate cu urme de emoragii vechi şi grămezi de celule embrionare. Celulele gigante lipsesc în zona rolandică examinată. La nivelul îngroşărilor meningee există o neoformaţiune vasculară. Pe alocurea există o sudură intimă a meningelor cu creerul.

Celulele piramidale sunt pigmentate, unele par atrofiate, (bolnavul aveà vârsta de 57 ani). Substanţa cromatică nu pare mult alterată. Nucleii sunt adesea excentrici, nucleolii bine coloraţi. In toată scoarţa cerebrală să văd o infinitate de celule rotunde ce par a fi limfatice, lipite adesea de celulele piramidale, uneori dispuse în grămezi. Aceste celule nu sunt mai abondente în vecinătatea vaselor.

Metoda lui Weigert pentru neuroglie arată că aceste celule nu contractă nici un raport cu fibrele neuroglice.

Există o scleroză neuroglică însemnată. Nu se observă însă ca în paralizia generală celulele mari în formă de paianjen. In restul sistemului nervos nu se văd leziuni manifeste.

Pe baza cazului acesta şi a constatărilor făcute de alţi autori Doutrebante şi Marchand cred că demenţa precoce e în unele cazuri o psihoză constituţională ce ţine de o insuficienţă de dezvoltare a celulelor piramidale cari sucombă repede în urma unui surmenagiu, a pubertăţei, a turburărilor puerperale etc. Alteori ca în cazul studiat de ei, demenţa precoce e un sindrom ce ţine de o afecţiune corticomeningee cronică. C. PARHON.

C. Hart. **Ein seltener Fall von spontaner Herzruptur.** (Un caz rar de ruptură spontanee a cordului) *Virchows Archiv.* 1905, Vol. 180, F. 2. Stenoză neobişnuit de însemnată a orificiului aortic (permitea d'abià trecerea unei pene de gâscă), datorită unei endocardite cronice. Endocardită vegetantă aortică propagată pe endocardul porţiunii membranoase a septului interventricular. Acest sept membranos, de regulă, e format dintr'o pătură de ţesut conjunctiv lax, cuprinsă între cele două membrane endocardiale. In cazu de faţă, procesul inflamator semnalat a avut ca rezultat perforaţia membranei endocardiale stângi; sângele, care în ventriculul stâng se afla sub o presiune enormă, şi-a continuat acţiunea mecanică, disecând în sus cele două foiţe ale septului membranos şi s'a vârât în „septum intermedium“ (Ilis), producând în spre atriul drept o proeminenţă sferică, care s'a rupt. Din cauza stazei venoase de sigur, comunicaţia cu cordul drept rezultată astfel, n'a scăzut presiunea ce domnià în interiorul ventriculului stâng, căci sângele din acest anevrism disecant al cordului şi-a continuat calea în sus până la baza aortei unde a perforat epicardul într'un loc corespunzător sinusului drept al lui Valsalva.

Dacă în loc să creeze o perforaţie lângă aortă, sângele ar fi reuşit să străbată media aortei, reflectează autorul, s'ar fi remediat astfel, prin mecanismul anevrismului disecant, acea stenoză excesivă a orificiului aortic.

RAINER.

Schmorl. Ce devin celulele placentare care formează embolii. (Ueber das Schicksal Verschleppter Placentarzellen). *Centr. f. Gyn.* 1905 No. 5, pag. 129.

Se ştie că în anii din urmă s'au descris în uter tumori maligne cu o sinonimie bogată (chorio-epitelioame, sincitioame, deciduoame maligne, placentoame, etc.), tumori cari se desvoltă în legătură cu graviditatea şi care reproduc, în mod parţial cel puţin structura placentei.

Asemeni tumori au fost descrise primitive şi în alte organe ca vagin, creer. Geneza lor era greu de explicat. Marchand (Leipzig) a emis ipoteza că celulele placentare care, lucru constatat, se pot duce în diferite organe formând embolii, în unele cazuri în loc să piară, ar puteà să prolifereze şi să devie punctul de plecare a unui chorio-epiteliom primitiv, localizat alt undeva de cât în uter.

E noţiune curentă chiar că vilozitaţi placentare întregi pot fi „deportate“ (Veit).

Schmorl a examinat pulmonii, organul în care mai adese ori se fac aceste embolii, dela femei moarte în diferite epoci, fie ale gestaţiunei, fie ale puerperalităţii şi a găsit foarte adese ori în secţiuni celule placentare şi chiar vilozitaţi întregi oprite acolo; aceste din urmă în cazuri de traumatisme placentare mai însemnate (naşteri-laborioase, deslipirea manuală a placentei placenta praevia, rupturi uterine, etc.)

Numai în cinci cazuri a găsit semne evidente de proliferaţie a acestor elemente transplantate în pulmoni, dar în toate aceste cinci cazuri placentele erau patologice, în special în trei din ele era o molă hidatiformă şi se ştie că chorio-epitelioame în numeroase cazuri s'au dezvoltat după o molă hidatiformă.

TRANCU RAINER.

D-z Dr. Carl Sternberg. Zur Kenntnis des Chloroms. (Chloromyelosarcom). *Beiträge für pathologischen Anatomie und für allgemeinen*

Pathologie, red. v. Ziegler, Baud 37, H. III, 1905). Autorul prezintă foarte detailat observaţia şi protocolul autopsiei, cu examenele miscroscopice, ale unui caz de tumoră intestinală însoţită de infiltraţia câtorva grupe ganglionare a splinei, amigdalelor şi măduvei osoase, tumoră verzuie, ulcerată, cu depozite gelatinoase verzui pe fundul ulcerului, cu sediul pe ileon, in porţiunea inferioară, şi destul de aproape de valvula ileo-coecală, de consistenţă moale, infiltrând intestinul până la seroasă. E de notat că foliculii solitari intestinali au aspectul normal.

Examenul sângelui, făcut în timpul vieţei, a dat 3.000.000 — 3.500.000 de globule roşii şi 80.000—100.000 albe, deci un raport de 1:37,5 până la 1:35; două zile înainte de moarte raportul se schimbă 1:11.

Tumora examinată microscopiceşte e compusă aproape exclusiv din celule cari formau şi tablou celular al sângelui, adică din celule aparţinând tipului Myelocite, apoi polinucleare risipite, limfocite şi globule roşii nucleate. Anume câmpuri microscopice oferă exact figura unui preparat din măduva osoasă. Foliculii limfatici intestinali, — cuprinşi în secţiune — sunt net delimitabili de infiltratul căre îi înconjură. In pulpa splinei şi a ganglionilor limfatici infiltraţi, să vede acelaş fel de elemente, mai sus descrise; se găsesc încă în ţesutul conjonctiv interacinos al ficatului. Infiltratele din jurul amigdalelor şi epiglotei au aceeaşi structură. Măduva osoasă foarte bogată în celule, ţesutul myeloid foarte desvoltat, limfocite în cantitate mică.

In discuţia care urmează, în articolul original, autorul elimină pe rând posibilitatea unui limphosarcom sau a unei leucemii.—chiar dacă această din urmă ar fi considerată, după părerea lui Banti, ca de natură neoplastică, adică în caz de leucemie myelogenă—ca o sarcomatoză myeloidă a sângelui şi aparatelor limfopoetice.

Cine consideră leucemia myelogenă ca o tumoră malignă, modul ei de desvoltare ca nişte metastaze, limitarea locală sau împietarea împrejurimilor ca de o însemnătate secundară, poate să eticheteze acest caz drept o leucemie myelogenă. Autorul însă pe baza câtorva particularităţi, cum ar fi bunăoară: culoarea verde a infiltratelor şi a coastelor, creşterea difuză a tumorei şi a metastazelor, granularea fină a celulelor principale din tumoră, etc., apoi încă pe a două cazuri analoage din literatură, ţine să stabilească diagnosticul de *chloro-myelo-sarcom.*

Autorul interpretează cazul de faţă ca o proliferare *atipică* a ţesutului myelogen, care şi-ar aveà analogul în proliferarea atipică a ţesutului limfoid, după cum să vede în Limphosarcomatoză.

C. I. M.

Dr. Luigi Tomellini. Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkulose der Schilddrüsse. (Cercetări experimentale asupra Tuberculozei glandei thiroide). *Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allegemeinen Pathologie,* red. v. Ziegler, Band 37, Heft III, 1905). Dacă glanda thiroidă e susceptibilă să se îmboluăvească de tuberculoză, sau dacă posedă un grad mai mic sau mai mare de imunitate naturală; aceasta e chestiunea pe care autorul articolului de faţă vrea prin cercetări experimentale să o rezolve. In literatură părerile sunt foarte împărţite; *Rokitanski* n'a văzut nici odată tuberculoza thiroidei; *Vircow* zice că nu-i nici un organ mai puţin dispus la tuberculoză decât tiroida, ba ceva mai mult, i se poate considerà un fel de *excluziune* împotriva tuberculozei. Lebert, Cornil & Ranvier, Rindfleisch, Ziegler, sau nu o menţionează de loc, sau o admit ca extrem de rară. Alţi autori, ca: Birch-Hirschfeld, Cohnheim, Chiari, Orth, Kauffmann spun că se întâlneşte ori de câte ori e un caz de tuberculoză generalizată.

Cercetările de faţă au fost făcute pe iepure, căruia s'a injectat, după un procedeu apropiat, cultură emulsionată de bacili în carotidă în dreptul arterei tiroidiene inferioare. S'au examinat 45 iepuri sacrificaţi dela 4—7 ore după injecţie până la 120 de zile. Toate cazurile au fost pozitive. Din cercetările microscopice făcute, autorul ajunge la următoarele rezultate:

1. Glanda thiroidă a iepurelui nu posedă nici un fel de imunitate în potriva bacilului tuberculos.

2. Leziunile produse prin agentul injectat sunt formate exclusiv prin reacţiunea celulelor aparatului limfo-sanguin; adică a polinuclearelor, mononuclearelor mari, limfocitelor, endoteliilor vasculare care pot fi de multe ori punctul de plecare al unei celule gigante.

In general, aceste cercetări nu dau lucruri noui, dar sunt interesante prin descrierea amănunţită a producerei tuberculului şi modului de distrugere al bacilului fagocitat, amândouă fapte urmărite progresiv în modul lor de desvoltare.

C. I. M.

NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE

Cestan et Nogues. **Anurie hystérique ou anurie chez une hystérique.** (Soc. de Neurologie de Paris în *Revue Neurologique.* No. 6, 1905). O bolnavă cu fenomene indiscutabile de isterie, accese, astazie, turburări senzitive şi sensoriale, (suprimate prin sugestiune în stare de veghe, ceea ce nu lasă nici o îndoială asupra naturei isterice a fenomenelor) prezintă o retenţie de urină de aceeaşi natură şi care dispare sub influenţa sugestiunei.

Aceeaşi bolnavă a prezentat în urmă oligurie şi anurie cu accidente uremice. Prezenţa miosisului, a opririlor respiraţiunii, convulziunile, sforţările de a vărsă, cefalea, mişcările nistagmiforme ale ochilor, în fine analiza serului sanguin care a arătat prezenţa unei mari cantităţi de uree şi prezenţa acetonei demonstrà că în acest caz erà vorba de uremie adevărată nu de coma isterică.

Autorli discută relaţiunile posibile dintre anurie şi uremie cu isteria. Nimic nu permite face să se presupună în acest caz o leziune renală. Intr'o primă ipoteză se discută posibilitatea unei anurii reflexă, căci retenţia de urină erà însoţită de iperestezie vesicală şi uretrală.

Sondagele necesitate de retenţie au putut determinà o oprire reflexă a secreţiunii urinare In acest caz anuria fără a fi de natură isterică, ar fi consecinţa unui accident isteric, retenţia de urină cu iperestezia uretrovezicală. După o a doua ipoteză s'ar face din anurie şi deci din uremie un accident isteric. Apariţiunea acestor fenomene sub influenţa sugestiunii ar fi permis să se dea soluţiunea definitivă. Dar cum acest mijloc ar fi putut fi nefast pentru bolnavă, autorii l'au evitat cu drept cuvânt. După căderea în comă a urmat o „descărcare urinară enormă“ şi bolnava şi-a revenit.

Cestiunea pusă în această comunicare rămâne fără soluţie. Totuşi cazul merită a fi semnalat şi e bine să fim preveniţi de posibilitatea întâlnirii acestor cazuri, cari ar puteà într'o zi să ne răspundă la întrebarea aceasta: *Anuria şi uremia pot fi produse direct de isterie?*

C. PARHON.

J. Crocq. Les phénomènes morbides d'habitude. *Journal de neurologie.* No. 8, 1905. Cu ocaziunea congresulni neurologiştilor francezi ţinut la Bruxelles în 1903, Brissaud a insistat asupra unui fapt interesant. Anumite dureri variabile după caz ca intensitate, sediul, natura au caracterul comun de a survenì la o dată fixă fără nici o cauză exterioară apreciabilă sau în ori ce moment ar fi, însă sub influenţa aparentă a unei circumstanţe invariabile şi totuşi fără importanţă. Crocq reluând chestiunea aceasta, arată importanţa foarte mare pe care obişnuinţa o are în fiziologia şi mai mult încă în patologia sistemului nervos.

Ticurile spre exemplu nu sunt precum foarte bine observă Meige şi Teindel decât o obişnuinţă motrice anormală. Obsesiunile, fobiile se produc cu atât mai uşor cu cât se repetă mai des. Autorul insistă în special asupra insomniilor şi atacurilor prin obişnuinţă. O isterică cu somn bun de regulă, capătă o nevralgie intercostală care o ţine 6 zile, apoì dispare complect. In timpul cât a ţinut nevralgia somnul a fost foarte neregulat durerile redeşteptând-o de'ndată ce adormià. Nevralgia trece dar insomnia rămâne, prin obişnuinţă. Un hipnotic administrat în două zile consecutive şi în doză mijlocie readuce somnul care persistă prin revenirea obişnuinţei de mai înainte după suprimarea hipnoticului.

Intr'alt caz, un nevropat pierde o sumă considerabilă de bani şi vede familia ameninţată şi pentru a obvià pericolul face o sumă de combinaţiuni financiare cari îi răpesc somnul. Recâştigă banii dar insomnia rămâne. După 8 zile de această stare i se administrează un hipnotic în 4 zile consecutive. Somnul revine şi persistă apoi prin obişnuinţă deşi tratamentul se suprimă.

O isterică fu speriată de un câine ce cercà să o muşte; ajunsă acasă are primul atac pe la 3 după amiază într'o Joi. Duminică pe la $2^1/_2$ are un nou atac. De atunci. *în fiecare Joi şi Duminică între 2 şi 3*, are câte un atac. Un tratament hidroterapic rămâne fără rezultat. I se prescrie a luà câte 2 grame de bromur de potasiu la ora 1 în fiecare Joi şi Duminică timp de 3 săptămâni. Atacurile dispar. In alte 2 observaţiiuni atacurile apărute sub impresiunea uneì emoţiuni în primul, a unui toxic în celalt se repetă iarăşi la intervalele mai mult sau mai puţin fixe şi dispar sub influenţa aceluiaş tratament ca în primul caz. In alte 3 cazuri e vorba nu de atacuri de isterie ci de atacuri epileptiforme (a căror natură isterică nu ni se pare însă exclusă în mod absolut) survenite în urma intoxicaţiunii alcoolice într'un caz, a unei emoţiuni puternice într'altul, a turbărilor digestive în al 3-lea Atacurile se repetau şi acì cu o regularitate aproape matematică. Se administrează şi în aceste cazuri bromurul în zilele de atac şi cu câtevà ore înainte de operaţia acestuia. Atacurile dispar şi nu mai revin deşi tratamentnl se suspendă după câtevà săptămâni. C. PARHON.

Klippel. **Paralysie généralle tuberculeuse. Syndrome paralitique par encéphalite tuberculeuse.** *(Revue neurologique.* No. 7, 1905). Observaţiunea clinică şi anatomopatologică a unui caz de sindrom paralitic de natură tuberculoasă. Cliniceşte bolnavul prezinta slăbiciune musculară, inegalitate pupilară, şi din punct de vedere psihic slăbirea facultăţilor intelectuale, apatie, indiferenţă, uneori agitaţie. Opt cetificate medicale date în diferite timpuri de specialişti competenţi între cari Babinski, Magnan, Pactet atestă diagnosticul de paralizie generală.

Anatomiceşte se observă în creer, cerebel, mesencefal un număr de tuberculi caseoşi cu meningită şi encefalită numai în vecinătatea acestora. In celelalte regiuni leziunile nu sunt inflamatorii ci de ordine pur degenerativă.

Pentru Klippel, paralizia generală e un sindrom produs de agenţi diferiţi ce lucrează asupra creierului într'un anumit mod în afară de care aceeaşi agenţi produc alte sindrome.

Întru cât priveşte tuberculoza, autorul crede că ea poate produce sindromul paraliziei generale în 3 moduri diferite: 1) Primul prin tnberculi diseminaţi în creer cu reacţiune inflamatorie în vecinătate şi leziuni degenerative în restul organului.

2). Prin encefalită degenerativă produsă printoxinele tuberculoase fără însă ca să existe în creer leziuni tuberculoase specifice.

3). In fine printr'o encefalită infecţioasă cu origina în simbiozele microbiene din caverne.

C. PARHON.

Dr. P. Leubuscher und W. Bibrowicz. **Die Neurasthenie in Arbeitercreisen.** (Neurastenia în cercurile de lucrători). *(Deutsche medizinische Wochenschrift,* 25 Mai 1905). Extrag din acest interesant artico care pe lângă partea pur medicală are şi condiţiuni mai largi, în ceeace priveşte starea socială a lucrătorului oraşelor mari de occident; extrag câtevà date statistice interesante pentru ori cine se ocupă de pathologia claselor sociale în general.

Autorii foşti asistenţi într'un Sanatoriu berlinez pentru lucrători, au avut un material de 1564 cazuri la îndemână. Din ăşti 1564 neurastenici:

245 erau zeţari (tipografi) = 15,75 %
148 „ dulgheri = 9,45 %
77 „ lăcătuşi = 5 %
30 „ mecanici = 1,9 %

Restul nu erau meşteşugari. Aşà că raportul total al celor fără meserie s'a evaluat drept 32 %.

După vârstă:

Categoria I (16 — 20 ani) = 3,3 %
„ II (21 — 25 „) = 11 %
„ III (26 — 35 „) = 40 %
„ IV (36 — 45 „) = 31 % } 71 % } 82 %
„ V (peste 45 „) = 14 %

Hereditatea nervoasă alcoolică sau tuberculoasă n'a putut fi stabilită decât în 21, 5%.

Intoxicatiuni, alcoolice sau de altă natură, 89 cazuri = 5,7 %.

Intoxicaţiunea tabagică în 11 cazuri = 0,7 %.

Cauze sexuale nu s'a putut stabili decât în 25 cazuri = 1,6 %.

Boalele corporale, ca momente de deşteptare a maladiei nervoase, pot fi citate în ordinea frecuenţei lor: Grippa 4,2 %, Traume 2,8 %, alte cauze ocazionale ca: maladii de urechi, nas, tub digestiv, s'a putut găsi în 1,5 % de cazuri.

In ceea ce priveşte forma clinică, să pot împărţi:

Neurasthenie cerebrală . . . . . . 494 cazuri = 31,6 %
„ cerebrospinală . . . 761 „ = 48,6 %
„ spinală . . . . 148 „ = 9,4 %
Dyspepsie nervoasă . . . . 98 „ = 6,2 %
Neurasthenia cordis . . . . . 63 „ = 4,2 %

Tratamentul a fost: Hydrotherapie, Electrotherapie, Massage, exerciţii libere şi gimnastică, Higienă alimentară etc.

Rezultatele au fost cât să poate de bune: din 1,564 neurastenici au fost eliberaţi din sanatoriu:

ca deplin capabili de muncă. . . . 949 = 64,7 %
ca în mare parte capabili de muncă 578 = 37 %
ca incapabili . . . . 37 = 2,3 %.

C. I. M.

André Léri. Les relations cliniques de la cécité avec le tabes et la paralysie générale. (*Journal de neurologie.* No 7, 1905). Din studiile făcute de autor reese că: Cecitatea e rară în ambele maladii când au ajuns la starea lor staţionară, cu alte cuvinte când simptomele sunt bine confirmate. Din contră, turburări de vedere moderate diferite se observă destul de des în ori ce perioadă a evoluţiunii lor. Amauroza apare însă adese ori înainte de desvoltarea semnelor obicinuite ale boalei. Totuşi e mai des un semn precoce de tabes decât de paralizie generală. Observând însă de aproape aceşti amaurotici tabetici, se constată adeseaori turburări psihice cari se apropie mult de ale paraliziei generale incipiente: excitaţie mentală, lipsa de perseverenţă, de logică şi de sistematizare. Uneori delir mobil cu caracter de ipohondrie sau de persecuţie. Simptomele mari ale tabesului şi paraliziei generale nu se desvoltă în aceste cazuri sau apar foarte târziu. Pentru d-ri amauroza în aceste cazuri e o localizare specială a unui proces care în alte două localizări ale sale determină tabesul şi paralizia generală.

Determinismul acestor localizări diferite rămâne însă necunoscut.

C. PARHON.

E. Lugaro. Sul cretinismo sporadico. (Asupra cretinismului sporadic. *Rivista di patologia nervosa e mentale.*. Genaio 1905). Observaţiunea a 6 cazuri de turburări de deficit ale corpului tiroid. Intr'unul din aceste existau încă simptomele acondroplasiei. Tratamentul tiroidian a dat în toate rezultate satisfăcătoare. Când cartilagele de osificaţiune nu erau sudate, s'a produs o accelerare însemnată a creşterii şi aceşti infantili mixedematoşi au ajuns să semene cu normalii de vârsta lor, sau în cel mai rău caz, s'au apropiat de ei. De asemenea inteligenţa a făcut progrese, starea de apatie a dispărut. In cazul de acondroplasie infiltraţiunea tegumentelor s'a amendat, însă creşterea a fost puţin influenţată. Lugaro preferă pentru cazurile sale vechea numire de cretinism sporadic, făcând să se observe că numirile de idioţie mixedematoasă, infantilism mixedematos, insuficienţă tiroidiană, etc., au sau un caracter prea special, sau unul prea general. (Numele de mixedem s'ar fi putut aplicà totuşi foarte bine în cazurile sale). Lucrarea se termină cu o privire asupra terapiei tiroidiene în cretinismul endemic Cum acesta din nenorocire există destul de întins în câtevà judeţe dela noi din ţară, e interesant să se cunoască bine valoarea tratamentului în chestiune. Rezultatele obţinute când s'a încercat, au fost din cele mai bune şi efectele sunt mai cu seamă evidente când e administrat la tânăr imediat după apariţiunea simptomelor de insuficienţă tiroidiană. Opoterapia face să dispară aceste simptome şi împedică oprirea în dezvoltarea phisică şi somatică. Autorul dă dreptate lui Wagner, care acuză de indolenţă şi scepticism nefondat pe medicii cari în ţările cu cretinism endemic nu îşi dau osteneala să încerce acest tratament. Nu e vorba, zice Lugaro, de o operă filantropică în scop de a prelungi inutil viaţa unor nenorociţi, ci de a regenerà populaţiuni întregi, scoţându-le dintr'o stare de inferioritate organică şi psihică, pentru a le readuce la nivelul comun. Şi slabele cheltueli pentru a întinde pe o scară întinsă tratamentul tiroidian în ţerile cu cretinism, ar fi de sigur compensate prin mărirea activităţii economice şi prin scăderea cheltuelilor pentru întreţinerea cretinilor.

C. PARHON.

Herman Lundborg.—**Eine hypothese betrefend die natur der catathonische symtocomplex.** (O ipoteză relativă la natura sindromelor catatonice). *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.* 15 April. 1905. Intr'o lucrare anterioară, autorul a căutat să stabilească o legătură între producerea unor turburări motorii, ca tetania, miocloniile, miotonia, paralizia familiară periodică, miotonia periodică şi diferitele alteraţiuni a funcţiunilor glandelor paratiroide. In lucrarea aceasta nouă, voeşte să stabilească existenţa unor conexiuni între alteraţiunile aceloraşi glande şi sindromele catatonice. Pentru aceasta se sprijină mai cu seamă pe nişte experienţe ale lui Blum şi ale lui Berger. Primul din aceşti autori a observat în urma extirpărei totale a corpului tiroid (incluziv paratiroidele) la càini fenomene psihomotrice ce amintesc foarte mult pe acelea observate la catatonici Unul rămâne mai multe minute cu capul plecat, cu privirea fixă, cu aerul stupid Altul îşi încovoae spinarea până atinge aproape capul de sol. La unul se observă un mers ritmic ca la caii dresaţi să meargă după muzică. Un alt càine merge în mod retrogradat şi perzistă în a lovì peretele cu partea posterioară a corpului. Un altul şade culcat pe spate cu picioarele ridicate în aer, etc.

Kraepelin însuşi spune că aceste simptome aduc aminte pe acelea observate în catatonie. Berger injectând la câini intracerebral ser din diferite cazuri de psihoze, a constatat că numai acela din demenţa precoce are o acţiune specifică pentru scoarţa cerebrală, determinând fenomene mioclonice. Pe baza acestor experienţe, Lundborg emite ipoteza că există probabil o legătură între glandele paratiroide şi simptomele catatonice, în special acelea observate în demenţa precoce.

Această ipoteză, zice autorul, concordă şi cu ideile lui Kraepelin, după care demenţa precoce e posibil să fie produsă printr'o autointoxicaţie în legătură mai mult sau mai puţin depărtată cu procese ce se petrec în organele sexuale. Or există raporturi sigure între aceste organe şi sistemul tiroidian.

Amintesc aci că Pineles a observat la o maimuţă cu extirparea corpului tiroid şi a paratiroidelor, turburări ce amintesc pe acelea descrise de Blum la câinii din experienţele sale.

C. PARHON.

C. Oddo. Maladie de Recklinghausen avec pigmentation des muqueuses. *Revue Neurologique,* No. 8. 1905. Observaţiunea a două cazuri de neurofibromatoză însoţită de turburări pigmentare nu numai din partea tegumentelor, dar şi din aceea a mucoaselor. In primul caz e vorba de un bărbat în vârstă de 34 ani, apatic, indolent, inactiv. Petele pigmentare de mărimi variate, neregulate asupra braţelor, gambele, trunchiul, rădăcina membrelor. Faţa prezintă o pigmentaţiune difuză foarte accentuată. Sanţul balanopreputial şi glandul în partea stângă prezintă o pată închisă de coloarea cafelei cu lapte. Două alte pete aproape negre ocupă buza superioară şi inferioară.

Tumorile nervoase localizate mai ales dealungul intercostalilor şi cubitalului variază în mărime dela volumul unui bob de mazăre până la acela al unei nuci mici. O particularitate a acestui caz e în afară de pigmentaţiunea mucoaselor o îndnraţie fibroasă a vinelor safene interne în tot tractusul lor. Această induraţie nu e dureroasă.

In cazul al doilea e vorba de o femeie care in vremea unor metroragii abondente a văzut apărând o erupţiune pigmentară însoţită de mărirea abdomenului. După 3 ani dela aceste manifestaţiuni se constată un voluminos fibrom uterin şi un mare număr de tumori cutanate şi pete pigmentare. Pe mucoasa bucală şi pe faţa internă a obrajilor se observă pete pigmentare foarte evidente. Cele cutanate sunt puţin aparente căci coloraţiunea tegumentelor e extrem de închisă.

Astenie şi pareză intelectuală!

Autorul discută relaţiunile neurofibromatozei cu maladia lui Aldin. Revilliod chemând influenţa fericită a opoterapiei suprarenale într'un caz de neurofibromatoză a crezut că aceesta ar puteà fi pusă pe contul unei alteraţiuni a capsulelor suprarenale. Oddo opune acestei opiniuni evoluţiunea diferită de regulă a maladiei lui Addison şi a boalei lui Recklinghausen şi raritatea pigmentaţiunilor mucoaselor în aceasta diu urmă. Există în ştiinţă mai multe cazuri de neurofibromatoză cu alteraţiuni ale glandelor cu secreţiune internă şi a capsulelor suprarenale în special. La bolnavii săi Oddo nu vede pentru ce ar admite o leziune a acestor glande mai ales că pigmentaţiunea dată de 19 ani în primul caz astenia nu erà prea pronunţată. O leziune (neurofibromatoză) a simpaticului ar explicà greu autorul mai bine turburările pigmentare în cazurile sale. Cazuri noui sunt necesare însă pentru precizarea relaţiunilor neurofibromatozei cu maladia lui Addison.

C. PARHON.

Scherb. Sclérose en plaques fruste ou syndrome cérébéleux de Babinski. (Scleroză în plăci frustă sau sindromul cerebelos al lui Babinski). *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.* Janvier-Février, 1905. Autorul are ocaziunea să studieze un caz în care cu mai mulţi ani înainte făcuse, fără multă convingere, diagnosticul de scleroză în plăci frustă, bazat pe mersul ataxospasmodic şi vorbirea scandată a bolnavului. Tremurătura in mişcările voluntare lipsià. Tot astfel exagerarea reflexelor şi nistagmusul.

Reexaminat, se găsesc la el semnele descrise de curând de către Babinski şi anume:

a) Asinergia cerebeloasă. In staţiunea verticală bolnavul nu poate să îşi încovoaie trunchiul înapoi, fiind ameninţat să cadă, căci nu prezintă ca în starea normală flexiunea membrelor inferioare în articulaţiunea genunchiului, care facilitează menţinerea echilibrului. Aceeaşi lipsă de sinergie între mişcările trunchiului şi ale membrelor inferioare se observă şi în timpul mersului.

Când bolnavul e culcat în decubitus dorsal şi încearcă să se scoale fără a se spijinì cu mâinile, călcâiul se desprinde de planul patului şi tot membrul inferior e proectat în sus.

b) Echilibrul static e mai bine conservat decât cel cinetic şi chiar mai bine ca în starea normală. Bolnavul în decubitus dorsal poate ţine membrele inferioare ridicate într'o poziţiune dificilă, fără să prezinte oscilaţiunile ce se observă în această împrejurare în starea normală.

c) Mişcările repezi şi succesive, spre exemplu pronaţiunea şi supinaţiunea alternativă şi des repetată, se fac rău. Prezintă deci turburări ale diadococinesiei. In faţa acestor constatări, autorul renunţă la diagnosticul de scleroză în plăci frustă, admiţând pe acela de sindrom cerebelos.

C. PARHON.

I. Valobra und **M. Bertalotti.** Uber einige neue Knochenreflexe der unter Gliedmaassen in gesunden und in pathologischen zustande. (Asupra unor noi reflexe a extremităţilor inferioare în stare normală şi patologică). *Neurologisches Centralblatt.* No. 8. 1905. Cercetările acestor autori au fost făcute pe 500 oameni normali sau fără turburări din partea sistemului nervos.

Dacă se percută cu un ciocan, a cărui extremitate percutoare e prevăzută de o bucată de gumă grea şi lată, maleola internă a tibiei la un individ culcat indecubitus dorsal şi cu piciorul puţin întors în afară, se vede producându-se în 35% din cazuri o contracţiune reflexă a adductorilor *de aceeaşi parte.* Dacă se loveşte faţa plantară a călcâiului, individul fiind tot în decubitus dorsal, cu gamba întinsă şi puţin ridicată deasupra planului patului, se vede în 40% din cazuri o contracţiune a aductorilor coapsei *de partea opusă* şi excepţional de ambele părţi.

Individul fiind tot în decubitus dorsal, dar cu genunchii puţin flexaţi şi depărtaţi, dacă percutăm tuberozitatea sau codilul intern al tibiei sau al femurului se obţine: In 50% din cazuri o contracţiune *homolaterală* a aductorilor. In 50% o contracţiune bilaterală.

Dacă se percută cu putere de sus în jos şi oblic rotula sau tuberozitatea tibiei, se observă în 60% din cazuri o contracţiune a aductorilor de partea pusă. Aceste reflexe merg paralel cu cele tendinoase, fiind exagerate ca și acestea în cazurile de leziuni ale fasciculului piramidal. Sunt de asemenea exagerate în fenomenele iritative ale primului neuron senzitiv. Important pentru clinică e că aceste reflexe pot persistă când cele tendinoase sunt abolite. Autorii citează un caz de tabes în care au observat această disociațiune. Nu se observă un paralelism evident între starea acestor reflexe și aceea a sensibilității vibratorii.

Pozițiunea membrelor influențează foarte mult apariţiunea acestor reflexe. Cele încrucișate se produc bine când membrul e astfel așezat, încât percuțiunea să transmită cu ușurință sguduitura la oasele pelviene și la coloana vertebrală.

Aceasta face pe autori să admită că aceste reflexe se produc prin excitațiunea mecanică, pe care vibrațiunea osoasă o transmite rădăcinilor posterioare. In acest sens pledează posibilitatea existenței acestor reflexe în cazuri în cari există turburări profunde ale sensibilității membrului de partea percutată, iar Korniloff a văzut la animale că secțiunea tutulor părților moi, inclusiv a nervilor, nu împedică apariţiunea reflexului contralateral al adductorilor.

C. PARHON.

PATOLOGIE EXTERNĂ

Alessandri. Tubercolo solitario della regione rolandica. *Il policlinico s. ch.* Iunie 1905. Alexandri a extras un tubercul de mărimea unei alune, așezat la partea superioară a scisurei lui Rolando din stânga, la un bolnav, intrat în spital pentru o artrită tuberculoasă a genuchiului stâng și prezentând în același timp accese de epilepsie jacksoniană localizate în membrul superior drept. La 16 zile după operație bolnavul prezenta o afazie motorie complectă, ușoară afazie acustică, cecitate verbală, paresă a membrului superior drept și a facialului inferior drept. Văzut după șease luni bolnavul nu mai prezintă decât ușoară pareză a mișcărilor mâinii drepte și oarecare greutate în vorbire.

M.

Siegel R. Traitement du mal sous-occipital. (*Archiv. gén. de méd.* No. 15, 1905).

Este o afecțiune care prin vecinătatea bulbului devine foarte gravă, dar cu toate acestea, îngrijită la început, se obține o vindecare în bune condiții,

Această boală reclamă un tratament general medical și unul chirurgical sau mai exact ortopedic.

Tratamentul general se rezumă în: repaos și trai în plin aer. Repaosul trebue să fie absolut, însă când starea socială a bolnavului nu-i permite, i se poate acordă oare-care libertate, cu condiție să nu ajungă la oboseală.

Cât pentru aer și lumină, bolnavul trebue să prefere țara orașului, muntele câmpiei și malul mării tuturor acestor localități.— Se pot încercă chiar băi de mare, dacă bolnavul le suportă. (Cazin). La acestea se adaogă tratamentul medicamentos, care consistă în oleu de ficat de morun, iod sub formă de sirop iodo-tanic și arsenic de preferință sub formă cacodilică.

Tratamentul ortopedic consistă în imobilizare, cu foarte lungă durată. Pentru realizarea acestui scop autorul trece în revistă diferitele mijloace: Repausul în pat, decubitusul orizontal în gutiera lui Bonnet cu extensiune continuă, imobilizațiune într'un pat gipsat după metoda lui Lorenz, pentru a le îndepărtà și a recomandà imobilizarea prin *minerve*.

Aceste aparate au de scop să facă ca greutatea capului să se sprijine pe umere. Capul să odihnește într'un fel de c. pă, mulată după baza lui și e imobilizat în extensiune forțată; piciorul scobit înconjoară gâtul și vine în fața să se sprijine pe partea superioară a trunchiului. Cu modul acesta efectele ulcerațiunii compresive nu mai sunt de temut.

Există mai multe modele de minerve; toate însă se pot împărțì în două categorii: amovibile și inamovibile. Cele dintâi sunt fabricate de specialiști, din piele sau pâslă și amenajate cu un mecanism ca să se poată lungì sau scurta după necesitate.

Cele inamovibile, pe care autorul le preferă, se confecționează din gips sau din celuloid.

Complicațiunile ca supurațiunea și luxația atloido-axoidiană, nu sunt contra-indicațiuni a aplicării minervei, care din contră nu poate face de cât bine. Autorul se pronunță pentru puncțiunile precoce cu trocarul și nu pentru inciziunile precoce ale colecțiilor și e în contra îndreptărilor bruște ale luxației.

Cât pentru accidentele nervoase cari pot provenì dintr'un proces de pachimeningită, prin compresiunea unui abces *osifluent* care a fuzat în cavitatea rachidiană, sau prin proeminența osului deplasat în luxație, autorul recomandă în cazul dintâi punctele de foc, cu efect mai mult moral, în cazul al 2-lea puncțiunea și evacuarea abcesului, în momentul când proemină sub tegumente și în cazul a 3-lea aplicarea de minerve, reînoite din 3 în 3 lunì și extensiunea continuă în decubitus orizontal.

Durata tratamentului trebue să fie socotită cu anii, fiind-că nu trebue să ne lăsăm ademeniți de o vindecare clinică aparentă, care e departe de a fi vindecarea anatomică reală.

Cazurile relativ benigne pot fi considerate ca vindecate după 2 ani, din contra sunt cazuri grave cari cer un tratament de 4, 5 ani și mai mult.—In tot timpul acesta bolnavul trebuește supraveghiat de aproape, la fie-care 4—6 luni, ridicând aparatul și controlând leziunea și restul organismului. Dacă suferă, are puțină febră și slăbește, aparatul trebue ridicat numai de cât, pentru că e un abces care se produce și trebue tratat. Când trebue considerat bolnavul ca vindecat? Când nu mai suferă de multă vreme, când schimbarea aparatelor e bine tolerată, când se pot imprimà capului câte-va mișcări limitate fără a provocà dureri.

Din cauza subțierei gâtului prin atrofia mușchilor, la sfârșitul tratamentului aparatele inamovibile se vor înlocuì cu minerve amovibile, a căror durată de aplicare, va fi din ce în ce mai scurtă, până la educarea mușchilor.

DR. TATUŞESCU.

Prof. H. Stilling. Uber das Ergebniss der Transplantation von Nebennierengewebe. (Asupra rezultatului transplantațiunii țesutului de capsulă suprarenală) (*Beiträge für pathologische Anatomie,* etc. red. v. Ziegler 37 Band, III Heft 1901, Hierzu Tafel XV). Autorul comunicase în 1903 rezultatele experienţelor sale asupra acestui subiect. Animalul de experienţă a fost *iepurele* şi locul ales pentru transplantaţie *testiculul.* Lucrarea de faţă e rezultatul unei experienţe ulterioare, care confirmă concluziile comunicării din 1903.

In testiculul atrofic, adică introdus în cavitatea peritoneală fără să fie despărţit de pedicul, a putut găsì la trei ani aproape, după transplantaţie, ţesut de capsulă suprarenală care în mod evident proliferase, mai cu seamă la periferia bucăţei transplantate.

In testiculul normal, adică làsat pe loc, a putut aveà acelaşi rezultat. Nu se poate stabili o deosebire în desvoltarea ţesutului transplantat, după cum ar aveà loc în testicul atrofic sau testicul normal. C. I. M.

Vineberg. Cholécystites aiguës pendant la puerpéralité. (*Med. Rec.* Avr. 1905).

Vineberg citează în acest articol 2 cazuri diagnosticate drept septicemii puerperale şi unde el a găsit o colecystită; făcând colecystotomia ambele femei s'au vindecat. Ca concluzie autorul arată cât e de periculoasă facerea la femeile cu vesica biliară distinsă de calcule şi care ar putea să se rupă in timpul travaliului, iar pe de altă parte, el susţine că în cazuri de febră la femeile lehuze, trebue totdeauna de examinat şi vesicula biliară.

BARONCEA.

PATOLOGIE INTERNĂ

L. Aschoff. **Ueber die Bedeutung des Kotsteines in der Aetiologie der Epityphlitis.** (Asupra importanţei calculului fecal în etiologia apendicitei). (*Medizinische Klinik,* 1905, No. 24). Profesorul dela Marburg, pe baza examenelor numeroase de apendice extirpate (130) studiate cu multă băgare de seamă, anatomo-patologiceşte, ajunge la următoarele concluziuni:

După cum calculele biliare nu pot provocà prin ele singure o cholecystită, tot aşa nici calculele fecale nu pot fi considerate drept cauza apendicitei.— Cel mult pot să favoriseze infecţia prin bacterii —In numeroase cazuri apendicele nu conţine nici un calcul şi infecţia bacteriană atacă un apendice până atunci intact. Ea e favorizată de numeroase cauze: hypertrofia amigdalei apendiculare, dificultatea de evacuare a apendicelui în urma situaţiunei sale anatomice etc.

Dacă bacteriile patogene vin din sânge sau din intestin sau dacă sunt saprofiţii apendicelui, a căror virulenţă a fost exaltată, e greu de hotărît.

S. IRIMESCU.

Beauvy et Chirié. Appendicites Toxiques. **Lésions de nécrose du foie et du rein.** (*Archives de Méd. Exp.* No. 2 1905). Autorii înţeleg prin apend. toxice, sindromul apendicită însoţit de fenomene generale grave, provocate prin adulteraţia ficatului şi rinichiului şi terminându-se de obiceiu prin moarte.

I Grup. Ap. Toxică fulgerătoare (Quénu), omoară bolnavul cu semne de toxhemie gravă fără leziuni aparente apendiculare. (Quénu, Routier, Moizard et Segond).

II Grup. Appendicemie, prezentând semne de intoxicaţia (icter-albumină-ndican.-urobilină).

Acest al doilea grup, autorii îl împart în 2 diviziuni:

α) Diviziune. Bolnavi vindecaţi (VII observaţii).

β) Diviziune. Bolnavi morţi (IV observaţii fără control anatomic).

III Grup. Appendicită necrosantă. (X observaţii dintre cari 3 ale autorului). In aceste observaţii autorii constată necroza celulelor hepatice împrejurul sus-hepaticelor şi degenerescenţa granulo-grăsoasă a epiteliului secretant renal. Apendicele intact.

Cât despre pathogenie autorii admit hypoteza lui Dieulafoy precum că s'ar produce la nivelul appendicelui nişte toxine necrosante, graţie cavităţii închise. Din nefericire autorii nu aduc nici un fapt nou, nici un examen bacteriologic, aşà că demonstraţiunea lor e departe de a fi convingătoare. Chiar localizarea în apendice a genezei toxinelor nu e probată, aşà că imaginaţia iare un rol prea important. A. S.

Boigey M. La pratique des injections intra-veineuses est-elle justifiée? (*Rev. gén. de médec.* Apr. 1905.) Ceeace sileşte pe autor să ridice această chestiune este moartea recentă a 3 bolnavi atinşi de rheumatism articular acut şi cari au sucombat aproape brusc cu accidente hemoglobinurice datorite injecţiunei în venă a unei minime cantităţi de bichlorur de mercur, după procedeul lui Siner din Viena (Congres. de medicină, Berlin 1897). Acest desnodământ este cu atât mai isbitor cu cât toate publicaţiunile medicale sunt pline de aşà numitele efecte miraculoase ale injecţiunilor intravenoase cu ser artificial, mercur, arsenic, chinină etc.

A. intră apoi în consideraţiuni fiziologice asupra sângelui. Plasma acestui lichid viu, uşor alterabil, de o compoziţie foarte complexă nu se poate comparà cu soluţiunile aşà zise fiziologice (cu sau fără substanţe medicamentoase), cari în definitiv nu sunt decât soluţiuni grosolane de sulfat sau clorur de sodiu. Când plasma moare ea suferă o serie de dedublări (fibrina), serul artificial nu este capabil de a suferi spontaneu, vre-o modificare de ordin biologic. — Trecând la globulul roşiu, A. constată uşurinţa cu care hemoglobina-l părăseşte în prezenţa apei cu o subst. medicamentoasă (afară de serul artificial). Hemoglobina difuzând devine inutilizabilă şi se elimină prin urină. — hemoglobinurie — Kiérulf şi Mosler, Magendie, Boyle Lower etc. — „*O injecţiune intravenoasă „realizează un adevărat traumatism al sângelui* şi când acest traumatism „este efectuat de serul artificial, el este redus la minimum.“ De ce serul artificial este mai puţin vătămător? Experienţele lui Klikowics constituesc o explicaţie plausibilă. Acesta a arătat, că sângele posedă proprietatea de a se debarasa repede de orice element străin introdus în el. A introdus în venă o soluţie $^1/_{10}$ sulfat de sodiu aşà ca să vie 1 gr. sulfat Na la 100 gr. sânge. In mai puţin de trei minute tot sulfatul dispăruse din sânge. Iată explicaţia inocuităţei serului artificial! Sulfatul de sodiu a fost luat imediat de celelalte elemente ale ţesăturilor şi pe urmă redat încet încet sângelui, regenerându-l Deci orice medicament introdus în sânge este prada celulelor fixe ale ţesuturilor, de unde sub o formă necunoscută retrece în sânge şi exercită acţiunea terapeutică. Aceste transformări nu ne dau deci promptitudinea la care ne aşteptam prin injecţiunea medicamentului în sânge. Dar răul mare mai residă şi în faptul că unele subst. medicamentoase, prin constituţia lor, exercită o acţiune nocivă asupra sângelui, cum sunt: cianurul de Hg., perchlorur de fer, taninul, acizii etc. etc. eterul $^1/_{12}$, digitalina germană, sulfatul de atropină, chlorhidratul de pilocarpină, şi chiar sărurile de chinină, etc. Nu mai vorbim de necesitatea unor substanţe de a suferì apriori o modificare biologică în celulele ţesuturilor pentru a exercità apoi acţiunea-i terapeutică.

Autorul conchide preferind injecţiunile în ţesutul celular subcutan, ca fiind o cale mai naturală deşì mai lentă. Numai în hemoragii mari şi pirexii însemnate admite injecţiunile cu ser artificial în vene, ca fiind din cele mai puţin nocive. De altminteri calea ţesutului celular trebue preferată. Autorul a găsit un ţes. celular unde se poate injectà cantităţi însemnate de vehicul (peste 100 gr.) unde absorbţia se face repede, iar durerile nu sunt mai însemnate decât acele din injecţiunile intramusculare. ← Această regiune este p. antero-externă a coapselor. Se introduce acul perpendicular până la os, se retrage cu $^1/_2$ cm. şi se face injecţia încet. VRANIALICI.

L. Cheinisse. Cinquième maladie éruptive: le megalérithème épidémique. (*Semaine médicale*, 3 Mai 1905, pag. 205). In anul 1886 Tschamer a observat la Gratz în cursul unei epidemii de rubeolă, vreo 30 cazuri, ale căror particularităţi i s'au părut curioase, anume prin localizarea specială a exantemului, lăsând gâtul şi trunchiul aproape complect indemn. Acest autor a crezut că are aface cu o formă abortivă de rubeolă numind-o örtliche Rötheln (rubeolă locală).

In 1891 Gumplowitz relatează 17 cazuri de o maladie eruptivă studiată la clinica lui Escherich şi care ar fi distinctă de rugeolă având un exantem localizat pe obraji şi pe părţile de extensie ale mâinilor şi de flexiune ale picioarelor. Escherich studiind această erupţie crezù că aparţine unei alte maladii decât rubeoli, opiniune pe care o exprimă la al XII congres internaţional de ştiinţe medicale din Moscova. Schmid asistentul lui Escherich consacră o lucrare la descrierea epidemiilor în cestiune. Inainte de a-şi publicà memoriul Schmid, Sticker observă o epidemie de exanteme distincte de febrele eruptive clasice, şi îi dete numele de eritem infecţios acut.

Maladia contagioasă, eritemul infecţios al lui Sticker se manifestă sub formă epidemică, asociându-se cele mai adesea ori cu o epidemie de rugeolă sau rubeolă. In cea mai mare parte a cazurilor, afecţiunea izbeşte copii dintr'o familie sau din aceeaşi şcoală. Etatea este dela 4—12 ani, s'a semnalat un caz totuşi şi la copii de 14 luni.

Boala se iveşte de obiceiu primăvara sau în cursul verei, durata perioadei de incubaţie variază între 6—14 zile. Pentru Plachte incubaţia ar fi de 5—10 zile. Afecţiunea se anunţă prin câteva prodrome, oboseală generală, senzaţie de fatigă, dureri de gât, etc., dar cele mai adesea ori începe de odată prin erupţie, care constitue în cele mai multe cazuri simptomul cel mai important şi poate chiar unica manifestaţie, căci starea generală a copiilor rămâne perfect normală în toată durata maladiei.

Erupţia se observă numai pe tegumentele externe, pe mucoase nu se observă nici o modificare. Exantemul începe prin faţă, mai ales pe obraz, a cărui piele devine mai mult sau mai puţin roşie, caldă şi turgescentă, fără ca bolnavul să simţă în această parte nici cea mai mică durere sau mâncărime. Coloraţia dispare sub influenţa presiunii degetului pentru a reapare îndată. Erupţia este confluentă pe obraz şi este net delimitată la şanţurile nasolabiale, paliditatea bărbiei şi a părţilor din jurul gurei face o linie de demarcaţie netă cu regiunea malară ce este de o coloraţie roşie. Tumefacţia şi roşeaţa pielei se perde către urechie, unde exantemul se termină printr'o linie festonată sau dinţată.

Alteori erupţia se prezintă sub formă de mari pete a căror coloraţie variază dela roşiu deschis până la roşiu violaceu. Elementul eruptiv izolat prezintă o parte centrală edemaţiată şi eşindă ce descreşte mergând către periferie. Această maculo-papulă perzistă dela 24—48 ore, după aceea centrul se turteşte şi perde coloraţia roşie, luând un aspect gris brun, care dispare în urmă, nerămânând nici induraţie, nici cicatrice, nici pigmentare sau descuamare.

In timp ce exantemul feţei suferă regresiunea, se produce o erupţie mai mult sau mai puţin analogă pe cele 4 membre, propagându-se dela rădăcină către segmentul distal, aşà că mâinile şi picioarele sunt ultimele atinse.

Exantemul este mai alb pe faţa externă a braţelor şi coapselor; petele aici sunt mai mari decât pe obraz, ca o piesă de 5 lei, sau ca palma mâinii. Metamorfoza regresivă a lor, dă loc la desenuri curioase. Partea centrală odată turtită, restul pielei se prezintă ca o bandă largă roşie, având forma unei ghirlande, apoi banda se micşorează din ce în ce până când rămâne o linie roşie, fină şi dinţată. Aceste contururi dă segmentelor aspectul unei hărţi geografice (cutis marmorata).

Erupţia cele mai adeseori ocoleşte trunchiul, uneori se observă aci, însă foarte discretă, sub formă de câteva pete diseminate pe piept şi pe spate.

Exantemul dispare în ordinea întinderii, mai întâiu de pe pielea feţei şi trunchiului, extremităţile rămânând încă pătate, ca în urmă să dispară şi aci rămânând câteva zile desenurile reticulare arătate mai sus. Aceste vestige devin foarte accentuate sub influenţa iritaţiilor pelei, căldurei patului etc.

In afară de exantem, limba uneori poate fi uşor încărcată dar nu are aspectul smeuriu ca în scarlatină. Ganglionii limfatici nu sunt tumefiaţi şi nu se observă congestia conjunctivelor. Nu există nici coriză, nici tuse, urinele sunt normale şi bolnavul nu are de loc febră.

Alături de această formă obişnuită Pospirchill descrie alte 2 stări morbide: una varietatea scarlatinoidă, alta varietatea morbiloidă; aceasta ar fi oare cum propriu eritemului infecţios al copiilor mici; după Sticker aceste 3 forme pot există pe acelaşi bolnav, fie la diferite momente ale evoluţii boalei, fie simultan în diferite regiuni ale corpului. Durata afecţiunii este 6—10 zile; fricţiunile pe membre, expunerea la lumina solară, exerciţiile fizice violente pot da naştere la recăderi (Berberich).

Diagnosticul stabilit, medicul nu are multe de făcut ca terapeutică. Prognosticul este lung Pacientul trebue să stea în odae, adică în repaus, căci Sticker şi Berberich au observat la 2 convalescenţi dureri articulare cu tumefacţia genuchilor şi încheieturilor tibio — tarsiene, din cauza plimbărilor ostenitoare.

P. GAL.

Claus, Plaut, Reach. Studien zur Pathologie und Therapie der Nephritis. (Studii asupra patologiei şi terapeuticei nefritei) (*Medizinische Klinik*, 4 Iunie 1905, No. 26). Retenţia clorurelor în nefrite, invocată de Widal pentru patogenia edemelor, nu poate fi admisă, ca o explicaţie care să se aplice la totalitatea cazurilor. Sunt edeme, în cari clorurul e eliminat perfect. Mai mult decât atât, clorurul s'a arătat uneori ca fiind un perfect diuretic (Mohr, Feranini, Rumpf).

Autorii au studiat sub direcţia lui Noorden (Frankfort a. M.), un caz de nefrită cu analize minuţioase de urină şi au confirmat în parte teoria lui Widal.

Adăogând clorur (12 grame) la regimul laptat, edemul se produce. Tot aşà dacă se dă un litru apă minerală, conţinând două grame de clorur de sodiu.

In urma regimului cu făină de ovăz, semnalat de Noorden, ca producând edem în diabet, s'a produs şi în cazul lor edem, deşi eliminarea clorurului a fost perfectă.

Adăogând sare lafarinacee, diureza e perfectă şi edemul dispare. Observaţia aceasta arată că clorurul de sodiu nu e singurul factor care intervine în patogenia edemelor.

S. IRIMESCU.

Hermmann Eichhorst. Lungenbrand und eitrige Hirnhautentzündung. (Gangrenă pulmonară şi meningită purulentă) (*Medizinische Klinik*, 4 Iunie 1905). Eichhorst raportează un caz de meningită purulentă, de o durată lungă: 46 zile la un bolnav, care avusese o gangrenă pulmonară, în aparenţă vindecată.

Durata lungă a afecţiunei, începutul gradat, evoluţia afebrilă, pledau mai mult pentru o meningită tuberculoasă. Puncţiunea lombară n'a putut fi făcută deşi s'au făcut multe încercări. La autopsie s'a găsit o meningită purulentă a basei. In regiunea cervicală şi lombară a măduvei spinării mase abondente purulente.

S. IRIMESCU.

Prcf. Gerhardi. Beitrag zur Lehre von Pulsus intermittens und von der paroxysmalen Bradycardie. (Contribuţie la studiul intermitenţei pulsului şi a bradycardiei paroxistice). *Arch. f. exper. path. und Pharmac.* LI 1903. In sistolele anormale, provocate experimental la animale ca şi în formele de aritmie cu lipsa unora din pulsaţiunele radiale, nu există supresiunea acestor pulsaţiuni, ci pur şi simplu o contracţiune anticipată a ventriculului, incomplect umplut, aşa că undà este foarte slabă pentru a fi percepută la periferie. Intr'un caz de convalescenţă, de reumatism articular, cu toate că ritmul sistolei auriculare erà fisiologic, contracţiunea ventriculară lipseà pe alocurea. Se pare că ventriculul pierdeà în mod intermitent facultatea de a reacţionà la excitaţiunile transmise de auricul. Trecând la un alt ordin de fapte autorul dă traseul unui bolnav atins de boala lui Stokes-Adam, într'un acces de bradicardie, şi constată că pulsul venelor jugulare destul de regulat, erà de 5—6 ori mai frecuent decât al carotidelor. Interpretarea dată este că: în acest caz, auriculul şi ventriculul îşi efectuau revoluţiunea în mod cu totul independent unul de altul.

Dr. TĂTUŞESCU.

M. Herzog. **Despre ciuma latentă şi ambulatorie** (*Virchows Archiv.* 1905, Vol. 179. N. 2.) In partea a doua a lucrării sale, autorul comunică un caz de ciumă, forma ambulatorie, cunoscută bine de autori. Manson, Scheube, ş. a. atrag atenţia asupra posibilităţii morţii subite în asemenea cazuri.

Bolnavul, un tânăr filipin indigen, autopsiat la Manila de Herzog, nu prezintase nici un semn de indispoziţie până în momentul când, două ore înainte de moarte, au apărut brusc simtoame de dispnee intensă, datorită trombozei trunchiului arterei pulmonare şi a ramurilor iei mari. Adenopatie inguinală bilaterală. Poarta de intrare probabilă a bacilului ciumei a fost dată de o dermatoză, în parte ulceroasă, care afectà cea mai mare parte din tegumentul membrelor inferioare. Din leziunile viscerale găsite relevez existenţa în ficat şi plămâni a numeroşi noduli cu structura tuberculului tânăr, celule gigante, celule epitelioide, plus în cantitate considerabilă, un element neobişnuit, polinucleare cu granulaţii eozinofile. In aceşti tuberculi nu s'a putut evidenţia însă bacilul lui Koch, ci numai într'unii, rare exemplare ale bacilului ciumei. Herzog nu se gândeşte la formaţiuni pestoase (deşi unii, autori au produs asemenea formaţiuni nodulare în mod experimental cu bacilul ciumii), ci crede că are aface cu o tuberculoză miliară la început.

RAINER.

L. Mohr. **Ueber familiäre Herzehfehler.** (Afecţiuni cardiace familiale) (*Medizinische Klinik.* No. 23. 14 Mail 905). Autorul raportează observaţiile a două familii: mama cu 4 copii într'o familie, mama cu 5 copii în cealaltă care prezentau toţi anomalii cardiace, caracterizate prin următoarele semne: suflu sistolic atingându-şi maximum în al 2-lea şi al 3-lea spaţiu intercostal propagându-se către vârf şi către bordul inferior al sternului; suflu uşor presistolic la pulmonară, fără propagare în aortă şi în carotide.

Absenţă de cyanoză şi hipertrofie cardiacă, fremissement vibrator la nivelul inimei. Al doilea timp la pulmonară accentuat şi la unii bolnavi pulsaţia jugularelor.

La strămoşii primei familii cu mari probabilităţi, existau afecţiuni ale aparatului circulator. Autorul crede că toate aceste semne aparţin unui defect congenital cardiac, consistând din comunicarea ventriculelor şi probabil şi al auriculelor, prin neobturarea foramenului ovale. Autorul atrage mai cu deosebire atenţia asupra eredităţei, afecţiunilor cardiace, aşa de frapante în cazurile sale.

S. IRIMESCU.

Theodor Brugsch. Zur Klinik der Bantischen Krankheit. (Maladia lui Banti). (*Medizinische Klinik*, 14 Mai 1905, No. 23). Brugsch citează o serie de observaţii, considerate drept cazuri de boala lui Banti şi care intră în realitate în cirosele hepatice hypermegalosplenice a lui Naunyn.

Ca semn distinctiv pentru maladia lui Banti faţă de cirosele pseudobantice (Naunyn) trebue considerat rolul primitiv toxic al splinei (Umber, Naunyn). Distrucţia albuminei în cantitate mare e o consecinţă a rolului acesta toxic al splinei, şi trebue căutată în ori ce caz, care ar păreà un caz de maladie a lui Banti (analize de urini, urea augmentată), etc. Rolul primitiv al splinei în maladia lui Banti, apare şi din rezultatele excelente obţinute prin splenectomie: 3 cazuri cu 2 vindecări (Banti) 17 cu 14 vindecări (statistica lui Jordan.)

Inaintea splenectomiei s'ar puteà încercà un tratament medical cu arsenic, chinină şi poate cu razele Roentgen cari după cercetări recente (Heinecke Milchner, Mosse) ar provocà distrugerea celulelor pulpei splenice şi măduvei oaselor. O distrugere a agentului toxic splenic s'ar puteà poate obţine într'acelaşi fel. S. Irimescu.

Sabrazès. Le «pied oscillant» signe d'aortite chronique. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 7 Mai 1905).

Se ştie că în unele cazuri de insuficienţă aortică cu ipertensiune pronunţată, bolnavii îşi simt bătăile lor arteriale până în extremităţi.

In asemenea imprejurări Sabrazès a constatat următorul semn, care ar pune în evidenţă oare cum aceste senzaţiuni. Bolnavul şezând picior peste picior, se vede chiar la distanţă nişte oscilaţiuni ale piciorului, sincrone cu sistola şi membrul căzând odată cu diastola. Semnul acesta echivalent cu semnul lui Musset, e numit de autor semnul «piciorului oscilant». El însă nu se observă decât numai în cazuri de ipertensiune arterială şi ar lipsi la aortici în ipotensiune. Baroncea.

PEDIATRIE

Carl Hochsinger (Viena) **Consideraţiuni asupra stridorului, de origină thymică, la copii.** (*Rev. mens. des mal. de l'Enfance*, Martie 1905). D. Hochsinger reaminteşte d-lui Marfan (vezi referatul precedent) că la congresul dela Kassel (Sept, 1903) precum şi într'o monografie asupra stridorului congenital (Viena 1904) a arătat că diagnosticul ipertrofiei thymusului se poate face prin radiografii. Din 58 de radiografii ale thymusului la sugaci, de 26 ori s'a găsit thymusul ipertrofiat şi din aceşti 26 copii, 20 prezentau tipul clinic al *stridorului congenital*. Astfel că hypertrofia thymusului trebueşte considerată ca *substratul obicinuit* (şi nu exceptional) al *stridorului congenital*.

Hypertrofia thymusului se poate d'almintrelea dovedì şi prin percuţie cum se constată din unele cazuri ale autorului şi dintr'un memoriu cu autopsie a lui Tada (Iahrbuch f. Kind. 1905). Gr. Iacobson.

Hutan. **Arthritele acute nouilor născuţi.** (Teză din Paris, 1905). Cauza cea mai frecuentă a arthritelor acute nouilor născuţi este blenoragia (vulvita sau oftalmie purulentă).

Arthritele blenoragice nouilor născuţi sunt de obiceiu polyarticulare, supurează adese ori şi pot determina chiar infecţiuni generalizate. Ele sunt datorite gonococului lui Neisser pur sau asoci.t cu agenţi pyogeni banali.

Celelalte arthrite sunt datorite febrei puerperale, erysipelului, afecţiunilor cu pneumococi, osteomielitei, reumatismului, diferitelor boale infecţioase, etc.

GR. IACOBSON.

A. Monsseaux. **Sur la pyelonéphrite et la gravelle d'origine scarlatineuse, chez l'enfant.** (*Arch. de méd. des Enf*, 1905 Maiu). Autorul a observat *un singur* caz de pyelonefrită consecutivă unei scarlatine.— Lithiasa renală uro-oxalică ar fi, din contra, relativ frecuentă în urma scarlatinei.—Urmează o serie de observaţiuni: în unele s'a observat nisip urinar imediat după scarlatină, în altele, *câţiva ani* după scarlatină. Toţi bolnavii s'au vindecat la *Vittel* (autorul este medic consultant la Vittel).

E evident că în cazurile unde lithiaza a debutat câţiva ani după scarlatină, relaţiunea cu această din urmă boală nu se poate demonstrà. Chiar în cazurile în cari nisipul urinar a fost constatat un timp scurt după scarlatină, se poate obiectà că bolnavul nefiind examinat mai înainte prezenţa nisipului a putut trece neobservată.

Ivirea unei gravele post-scarlatinoase nu are nimic neverosimil, dar rămâne de demonstrat

DR. GRIGORE IACOBSON.

P. Reyher. **Beitrag zur Frage nach dem Nahrungs-und Energie bedürfniss des natürlich ernährten Säuglings.** (Contribuţie la chestiunea cantităţilor de alimente şi de energie necesare sugaciului alimentat natural). (*Iahrb. f. Kind.* Apr. 1905). E vorba de o lungă observaţie (268 zile) a unui copil de ţiţă viguros, normal, la care s'a socotit în fiecare zi cantităţile de lapte absorbite prin cântăriri înainte şi după fiecare punere la sin.

Observaţiile de felul acesta sunt excepţionale: una singură e clasică, obs. II-a lui Feer (Iahrb. f. Kind. Bd. 43).

Observaţia de faţă se distinge de cele asemănătoare prin faptul că copilul a supt în afară de primele săptămâni cantităţi de lapte foarte mici în raport cu greutatea lui, astfel că dacă se calculează coeficientul de energie după datele clasice (1 litru de lapte de femee = 650 calorii) se obţine în cazul acesta un coeficient foarte scăzut (între 70 şi 80 calorii p. 1 kilogr.) deşi copilul a progresat foarte repede. Explicaţiunea acestui fapt a găsit-o autorul făcând analize chimice ale laptelui mamei copilului şi cercetări calorimetrice directe: Din aceste cercetări a reeşit că laptele în chestie aveà o valoare calorifică *excepţional de mare* (769—772 de calorii la litru) astfel că calculând din nou după această normă coeficientul de energie, s'a obţinut o cifră corespunzând într'un mod simţitor cu coeficientul normal după Heubner (vr'o 100 calorii la kilogram).

Prin urmare, chiar în cazurile unde coeficientul de energie calculat după cantitățile de aliment absorbite pare a fi foarte mic, acesta tot corespunde în *realitate*, cifrelor indicate de Heubner.

DR. GRIGORE IACOBSON.

P. Reyher. **Ueber den Fettgehalt der Frauenmilch.** (Asupra conținutului în grăsimi a laptelui de femee). *Iahrbuch. f. Kind.* (Aprilie 1905). Autorul arată încă odată cât de multe cauze intervin pentru că analizele de lapte de femee să difere de compozițiunea reală a liquidului.

a) Cantitatea în grăsimi variază într'un mod fenomenal de la începutul până la sfârșitul suptului (într'o analiză 0.94 la început, 6.60 la sfârșit, într'alta 0.55 și 6.55 etc.) Pentru a învinge această dificultate trebuesc luate cantități egale d. ex. 5 c.c. de lapte înainte de supt și după supt și făcută analiza amestecului.

b) Cantitățile de grăsimi înainte și după supt variază la fiecare dată astfel că ar trebuì să luăm probe la fiecare supt și să amestecăm toate probele ale zilei.

c) Copilul nu suge într'un mod egal. De pildă:

într'un caz el ia	în cele 5 prime minute,	112 gr.
	în „ 5 minute următoare	64 „
	în „ 5 ultime minute	16 „

Astfel că procedând chiar după regulele de mai sus tot nu avem analize conforme realității.

d) Unii autori extrag totalitatea laptelui unei sugeri și-l analizează. Dar nici acest procedeu nu poate fi exact, de oarece țâța nu se poate goli în tr'un mod artificial așà de bine ca de sugaciu, de unde greșeli importante *în minus* relativ le găsim.

e) De oarece copilul suge cantități variabile la diferitele sugeri, ar trebui golit pieptul la fiecare supt și nu se poate conchide dela un supt la altul.

Autorul ia probe înainte și după sugere și aceasta la toate sugerile din cursul zilei, notează asemenea cantitățile de lapte băute și ajunge astfel la un rezultat *relativ* satisfăcător.

Lucrarea lui Reyher ne arată cât de aleatorii sunt analizele ce se fac zilnic în spitale, în creșe și la chimiști, analize a unor porțiuni de lapte (de obiceiu primele porțiuni) mulse de doică în momentul examenului. Ar fi incontestabil un progres de a se renunță la astfel de analize cari nu pot decât încurcà pe medic și pe familie.

DR. GRIGORE IACOBSON.

Vernon. **Valoarea melenei ca semn al invaginațiunii acute la sugaciu.** (Teză de la Paris, 1904). Melena este semnul cel mai important și precoce al invaginațiunii la sugaciu (90% din cazuri). E vorba de un scaun compus numai de sânge pur, și însoțit de dureri abdominale și de vărsături.

„Cârnatul" caecal poate fi dificil de *pipăit*. In prima copilărie, și mai cu seamă în primul an, melena poate fi considerată ca datorită totdeauna unei invaginațiuni.

GR. IACOBSON.

Conformation du gros intestin chez le nourisson—revue generale. (*Rev. Mens. de Mal. des l'Enf.* Mai, 1905). E vorba de o revistă generală după teza lui Saïas (*La constipation chez le nourrisson*, Paris 1905). Nu este exact după cum s'a crezut până acum, că cauza constipaţiunii la sugaci ţine numai de lungimea şi flexuozitatea colonului pelvian.

Colonul ascendent şi transvers prezintă asemenea o conformaţiune (flexuozităţi, lungimea mesoului etc.) cari predispune esenţialmente la constipaţie obicinuită.

Dr. Grigore Jacobson.

Zur Kenntniss der Kreatininstoffwechels beim Säugling. (Despre cunoaşterea schimburilor de creatinină la sugaci). (*Iahrb. f. Kinderheilk.* 1905, p. 615). Din această lucrare rees punctele principale următoare:

1). Eliminarea de creatinină depinde în primul rând de alimentaţie. Creatinina din alimente (în particular carnea) se elimineează prin urine.

2). Mai există însă fără îndoială şi o formaţiune *„endogenă“* de creatinină (între alte probe, cazul postitorului Succi care pe tot timpul postului a continuat de a elimina creatinină). Autorul crede ca şi Oddi şi Tarnulli, Grocco, Moitessier, Gregor, că eliminarea de creatinină depinde în bună parte de activitatea musculară (creatinina urinară este identică sau izomeră cu cea musculară).

3). La sugaci fără temperatură, nu s'a găsit creatinină (15 cazuri), ceea ce se explică prin alimentarea lor. (Lapte, malzsuppe, babeurre) şi prin starea de slăbiciune (athrepsie) şi de cachexie a sugacilor la cari activitatea musculară este aproape nulă. Dacă se adaogă în alimentaţie substanţe cari conţin creatinină (de pildă 5 gr. de extract de carne Liebig) creatinina apare imediat în urină.

4) La 3 sugaci febricitanţi s'a dovedit doze mici de creatinină.

5) Autorul crede că la *sugaciu* creatinină ar puteà fi considerată ca produsul unor schimburi musculare specifice (das Produkt eines spezifischen Muskelstoffwechsels).

Dr. Grigore Iacobson.

PROCEDEE TECHNICE

W. Vetter. Méthode pour déceler les bacilles tuberculeux dans les épanchements pleuraux. (*Centralblatt für in. Medizin*, 6 Mai 1905).

Autorul prepară o soluţiune de 10 părţi glicerină, 1 p. peptonă, $^1/_2$ p. clorur de sodiu şi 100 părţi apă, pe care o alcalinizează uşor cu carbonat de sodiu. El ia 8 cm. c. din această soluţiune, pe care o pune în nişte tuburi lungi de 20 cm., având un diametru de 2 cm. şi o strangulaţiune la 4 cm. deasupra extremităţii inferioare. In acest tub introduce deasupra părţii strangulate o bucată de cartof tăiat de 4—5 cm. Totul astfel preparat, se sterilizează la 100^0

Pentru a se constată prezenţa b. Koch în lichidele pleurale, ascitice, etc. imediat după puncţiune, se introduce 8 cm. c. în aceste tuburi, cari se aşează la thermostat la 38^0. Se agită uşor primele 2 zile, spre a se pune în contact lichidul cu cartoful. O fină reţeà de fibrină se vede atârnând la partea inferioară a cartofului și căzând la fundul tubului. După 20—25 de zile apar coloniile de bacili pe cartof și în lichid. Din 10 cazuri de pleurezii idiopatice, cari prezintau o formulă cytologică-limfocitară, autorul a găsit de 9 ori prezența bacilului Koch.

BARONCEA.

REVISTE ȘI PUBLICAȚIUNI ROMÂNE

IGIENĂ

Dr. N. Georgescu, medic șef.—Raport general asupra igienei publice și asupra stării sanitare a Capitalei pe anul 1904. Informațiile exacte pe cari le publică „Raportul“ sunt instructive, deși nu arată destul de amănunțit situația sanitară a Capitalei, nici mijloacele puse în lucrare spre a îndreptà neajunsurile de astăzi. Cu deosebire laconic este capitolul privitor la mortalitatea populației din București. In cursul anului 1904, s'au înregistrat 6.611 morți adică 23,43 la 1000 loc. Dar căror factori de insalubritate se datorește această cifră atât de ridicată? După amănuntele din raport se poate calculà că la 100 decese avem:

Copii morți în primul an al vieții	24
Bătrâni peste 60 ani	20
Morți de boale infecțioase acute (1)	5
„ de tuberculoză pulm.	15
„ din *cauze necunoscute*	36

Procentul cauzelor necunoscute, adică necercetate, este mare de tot și poate tocmai în acest grup intră încă multe cauze evitabile pe cale de măsuri sanitare.

Cu toate lipsurile sale, raportul merită să fie citit cu luare aminte.

G. PROCA.

GYNECOLOGIE și OBSTETRICĂ

Dr. C. Vasilescu-Popescu. Tratamentul rupturilor uterului în timpul facerii. (Teză, București, 1905).

În această teză se relatează 16 observațiuni de rupturi ale uterului observate în Maternitatea din București, tratate toate prin *histerectomie abdominală totală*, tratamentul preconizat astăzi.

Rezultatul brut a fost: 11 vindecări și 5 morți.

NEUROLOGIE și PSICHIATRIE

D-rii Parhon & Goldstein. Un caz de Isterie simulând scleroza în Plăci și Siringomielia. (*Spitalul,* No. 10, 1905). Autorii raportă cazul unui bolnav de 28 de ani care perde cunoștința și ca consecință rămâne cu o slăbiciune a părții stângi și obtuzie intelectuală. Situația se agravează şi bolnavul prezintă o stare pareto-spasmodică stângă. Tremurături intenţionale, disociaţie siringomielică în sensibilitate. Atrophia părţei stângi a corpului.

---

(1) Pojar, scarlatină, difterie, tuse convulsivă, dizenterie și febră tifoidă.

La autopsie se constată integritatea sistemului nervos central. Alteraţiuni profunde ale muschilor: în special dr. ant. st. şi vastul intern. Proliferare nucleară — dispariţia striaţiunei — şi în alte locuri dispariţiunea myoplasmei. Există mici alteraţiuni a nervilor periferici dar în disproporţie cu leziunile musculare cari sunt mult mai profunde.

A. S.

PATOLOGIE EXTERNĂ

Dr. N. Bardescu. Botriomicoza la om. (*Spitalul,* No. 9, 1905). Autorul raportează cazul unui copil de 7 ani care prezentă la degetul III dela piciorul stâng o tumoretă desvoltată în urma unei înţepături. S'a extirpat tumora şi s'a făcut examenul microscopic de D-nii Mezincescu şi Levaditi care au văzut în această tumoretă nişte zooglee răspunzând la descripţia dată Botriomycozei. Această Botriomycoză nu e decât o infecţiune stafilococică, care pătrunde în profunzimea ţesuturilor.

A. S.

Dr. E. Juvara. Contribuţiuni la studiul ghemurilor de păr ce se pot găsì în stomach. (*Revista de Chirurgie* No. 3, Martie 1905.)

Printre corpurile străine variate, ce se pot găsì în stomach, tumorile păroase, *Bezoarele* sau *Trichobezoarele* sunt foarte importante prin raritatea lor şi turburările grave pe cari le pot determinà. Astfel de ghemuri, când se găsesc în stomachul rumegătoarelor sunt numite *egagrophile.* Primele cazuri au fost descoperite la autopsie şi Baudamant (1779) a fost primul, care a publicat un caz de acest fel. Primul caz operat a fost în 1883 de Schönborn, şi tocmai la 1902 Ekehorn publică o monografie complectă a chestiunii.

În ceea ce priveşte *Etiologia,* se constată că toate cazurile de până acum afară de unul, aparţin la femeì, vîrsta frecuenţei celei mai mari fiind între 15 şi 26 ani, vorbind de data descoperirii afecţiunii, căci în cea ce priveşte etatea tumorei, ea poate fi mult mai mare, bolnavele putând să înceapă a înghiţì păr la o epocă îndepărtată. În mediu, vechimea tumoarei e de 3—5 ani.

Obiceiul de a înghiţì părul e aranjat printre maladiile obsedante, ceea ce ar explicà predispoziţia specială a sexului femeiesc. În ceea ce priveşte fenomenele nervoase observate, ele pot fi considerate mai mult ca efect decât cauză (Ekehorn). In unele cazuri însă se observă o vădită influenţă a isteriei. (Iacobsohn). Unele profesiuni pot fi de asemenea considerate drept cauză de producere a bezoarelor. (Schulten).

Aceste tumori sunt formate sau numai din păr, sau din păr amestecat cu alte substanţe, păr ţesut şi bătut ca o minge. Când tumora e mare, ia forma unui rinichiu, uneori extremitatea pilorică prelungindu-se în duoden, putând forma chiar două mase deosebite. (Polland). Volumul şi greutatea acestor tumori variază după cazuri. Greutatea medie e de 500—600 gr.

Ghemurile acestea sunt formate sau numai din păr de om, sau amestecat cu păr de animale, sau din păr amestecat cu substanţe străine (aţă, bucăţi de lemn, iarbă). Consistenţa variază. Culoarea diferită; se pare că sucul gastric n'ar aveà vre-o influenţă, totuşi s'a observat la bolnave cu păr deschis ghemuri negre. In secţiune se constată de multe ori un corp străin central, înconjurat cu straturi de păr concentrice, uneori alternând cu straturi formate din alte substanţe. Ca consecinţă a acestor tumori se poate găsì: dilatarea stomachului, îngroşarea peretelui stomachal, îngroşarea mucoasei în punctele iritate, ulceraţia mucoasei, perforaţie (William-Gull, Polland) reacţiuni cronice ale peritoneului şi s'au semnalat chiar peritonite acute, Palemon, Polland).

In prima fază a evoluţiei lor, bezoarele pot să nu dea nici un simptom, stomachul putându-le tolerà; dar cu timpul crescând, pot să deà unele simptome, ca: 1) *Durerea,* simptom predominant şi cel care atrage atenţia bolnavului mai întâi. Sediul e în ipochondru stâng, cu maximum în epigastru şi cu iradieri. Durerile pot surveni sub formă de crize; 2) *Vărsăturile,* neconstante se găsesc mai mult în tumorile, cari având prelungiri prin pilor în duoden, împedică circulaţia materiilor alimentare; 3) *Hematemeze;* 4) *Apetitul* diminuat sau exagerat (Juvara); *Sensaţie de greutate* la stomach; 6) *Diaree* sau constipaţie. S'au găsit şuviţe de păr în scaune (Thorthon); 7) *Starea generală* poate suferì; apar une ori şi turburări nervoase. In loja stomachului, tumora se poate constatà prin palpare: dură sau elastică, rotundă netedă, foarte mobilă. La percuţie, matitate. Exploraţia cavităţii stomachale cu sonda şi insuflarea stomachului pot fi de folos în diagnostic. Insuflând stomachul şi lovind cu vârful degetelor în peretele abdominal, peretele se deprimă şi lovindu-se de tumoră ne dă o *sensaţie specială.* Diagnosticul de cele mai multe ori însă, e greu de făcut, putând confundà o astfel de tumoră: cu un cancer al stomachului, cu o splină mobilă, cu rinichiu mobil, cu un chist sau o tumoră a pancreasului sau a marelui epiploon.

Prognosticul e grav, dacă tumora nu e descoperită spre a se face o intervenţie la timp.

Tratamentul e operator. Schönborn şi Thorthon, operând fiecare câte un caz — primele operate — au avut şi primele succese. Technica operatorie e aceea a gastrotomiei. Autorul insistă asupra fie-căruia din timpii operatori.

Urmează apoi observaţia personală a unei fetiţe de 16 ani, trimeasă la spital cu diagnoza de splină mobilă. De un an a început a aveà dureri abdominale sub formă de crize, sensaţie de greutate în epigastru, inapetenţă, slăbire. Se constată peretele abdominal în stânga ceva mai ridicat, şi prin palpare se constată o tumoră: tare, mată la percuţie, ovoidă elastică, cu suprafaţa netedă, foarte mobilă, mai ales în sus spre coaste sub bolta diafragmatică. Se constată o mişcare de balotare prin salturi făcute cu vârful degetelor. Nu se constată nimic particular din partea: ganglionilor, a splinei, rinichilor sau a ficatului. Mâncarea îi provoacă durere, are rare vărsături, n'a avut hematemeze sau mœlena. Diagnosticul pus a fost de: un *chist al marelui epiploon.* Operându-se, s'a găsit în stomach o tumoră păroasă de forma unui rinichiu, însă ceva mai mare, formată din păr negru, lung de 16—18 cm.

Coaja tumorei e formată din păr, de la care pleacă în interior septuri, între cari se constată o masă verde sau cafenie, formată de frunze, iarbă, etc. Reţelele mijlocii sunt mai dese şi părul de o culoare mai deschisă.

Nu s'a putut constatà dacă bolnava înghiţià păr, ci numai că înainte aveà părul foarte abundent.

Urmează apoi câte un rezumat din fiecare din cele 27 cazuri cunoscute până acum, cari cu acesta fac 28 cazuri publicate în literatura medicală.

V. GRADINESCU.

Dr. Socor. (Iaşi) Contribution a l'étude de la tension intraoculaire. Autorul a imaginat împreună cu asistentul său, Dr. Brăileanu — un aparat foarte ingenios pentru a măsurà presiunea intra-oculară — graţie acestui aparat Dr. Thierer a studiat acţiunea colirelor asupra tensiunii oculare.

De asemenea s'a studiat presiunea în urma resecţiunii simpaticului (diminuare de tensiune temporară), în urma ligaturei carotidei primitive etc.

A. S.

BIBLIOGRAFIE

PATOLOGIE EXTERNĂ ȘI TERAPEUTICĂ CHIRURGICALĂ

Pierre Sikora. Abcès de la paroi abdominale dû a la migration des vers intestinaux. (*Presse médicale.* 1 Martie 1905, p. 130).

Herff. Die Heisswasser—Alkohol desinfektion etc.; Desinfecția mâinilor cu alcol in secția obstetricală la spitalul dela Basel. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 3 Juni 1903, rev. 24).

Romme. L'accouchement provoqué dans les névroses et la „stérilisation facultative“ de la femme. (*Presse médicale*, 12 Aprilie 1905, pag. 227).

L. Clerc. Actinomycose de l'amygdale. (*Thèse de Lyon*, 1904).

Zemb. Morbus coxae senilis d'origine tuberculeuse. (*Thèse de Lyon*, 1904).

Siegel R. Traitement du mal sous-occipital. (*Arch. gén. de med.* No. 15 din 1905.

Robert Siegel. Traitement des adénites cervicales tuberculeuses. (*Presse médicale*, 26 Aprilie 1905, p. 260).

Ombrédanne. Application d'extension continue aux fractures obliques de la jambe. (*Presse médicale*, 1 Aprilie 1905, pag. 201).

Jean Lamouroux. Quelques précautions à prendre dans le cathétérisme à la suite. (*Presse médicale*, 7 Iunie 1905, pag. 356).

Leonardo Gigli. La section latérale du pubis appréciée d'après les résultats fournis par 90 interventions. (*Presse médicale*, 27 Mai 1905, p. 329).

E. Escat. L'obstruction brusque dans le tubage sans surveillance. Emploi de tubes ajourés. (*Presse médicale*, 7 Iunie 1905, pag. 353).

Zanardi Pasquale. Cura dei retardi di consolidazione delle fratture colle iniezioni irritanti di soluzioni acquose di acido osmico all'uno per cento. Tratamentul întârzierilor de consolidare a fracturilor cu injecții de acid osmic. (*Policlinica*, 7 Mai 1905).

Faure. L'intervention chirurgicale dans l'appendicite. (*Presse médicale*, 1905 Aprilie 5, pag. 209).

Chauffard et **L. Laederich.** Un cas de tumeur gazeuse sus et sous-claviculaire. (*Semaine médicale.* 17 Mai 1905, pag. 229).

R. de Bovis. De l'appendicite chez les sujets âgés. (*Semaine médicale*, 24 Mai 1905, pag. 241).

Bard. De la persistance des sensations lumineuses dans le champ aveugle des hémianopsiques. (*Semaine médicale*, 31 Mai 1905, pag. 253).

M. Chaput. Quelques points de la technique de l'appendicectomie. Incision de la paroi; Traitement du moignon. Drainage par l'abdomen, par le rectum ou le vagin. (*Presse médicale*, 3 Iunie 1905, pag. 347).

Th. Tuffier. Diagnostic des tumeurs de l'hypochondre droit. (*Presse médicale*, 10 Iunie 1905, pag, 361.

Th. Tuffier. L'anesthésie par l'atropomorphine et le chloroforme. (Méthode de Dastre et Morat). (*Presse médicale*, 1905 Mai 3, pag. 273).

E. Bonnaire. Causes et évolution du travail de l'avortement. (*Presse médicale*, 1905, Mai 3, pag. 274).

A. Broca. Technique de la palatoplastie. *Presse médicale*, 13 Mai 1905, pag. 298).

De Seigneux. De l'emploi de l'adrénaline en gynécologie et en obstétrique. (*Presse médicale*, 15 Martie 1905, pag. 163).

V. Bué. L'examen clinique du détroit supérieur. (*Presse médicale*, 11 Martie 1905, pag. 155).

J. L. Faure. Comment on reconnait et comment on soigne les salpingites aiguës. (*Presse médicale*, 11 Martie 1905, pag. 156).

Romme. Les gants en caoutchouc et la désinfection des mains en chirurgie. (*Presse médicale*, 1 Martie 1905, pag. 132).

A. Broca. Mécanisme des décollements épiphysaires. (*Presse médicale*, 4 Martie 1905, pag. 140).

Savariaud. Adéno-phlegmons iliaques et pelviens consécutifs aux lymphangites du membre inférieur. (*Presse médicale*, 8 Martie 1905, pag. 146).

A. Trousseau. Histoire d'un épithélioma palpébral. (*Presse médicale*, 8 Martie 1905, pag. 147).

F. de Lapersonne. Le collargol dans la Kératite purulente. (*Presse médicale*, 6 Mai 1905, pag. 284).

TERAPEUTICA.

August Laqueur. Zur Verwendung von Wechselstrombäder in der Therapie der Herzkrankheiten. Despre întrebuinţarea băilor cu curenţi alternanţi în tratamentul boalelor de inimă. (*Die Therapie der Gegenwart*, Mai, 1905.

Paul Emile Lévy. La spermatorrhée et sa thérapeutique. Rééducation psychique et traitement somatique. (*Presse médicale*, 1905, Aprilie 26, p. 257).

Alfred Martinet. L'éthyl-narcéine (narcyl) dans le traitement de la toux. (*Presse médicale*, 22 Februarie 1905, pag. 115).

R. Romme. Les nouvelles indications thérapeutiques de l'hyperémie veineuse (méthode de Bier). (*Presse médicale*, 22 Februarie 1905, pag. 116).

P. Desfosses. Le radium en thérapeutique «Radiumo-thérapie». (*Presse médicale)*, 25 Februarie 1905, pag. 121).

A. Braunstein. (Moscova). Ueber die Bedeutung der Radiumemanation und ihre Anwendung. Despre importanţa emanaţiunilor de radiu şi utilitatea lor. (*Therapie der Gegenwart*, Mai 1905).

C. N. de Blois. Traitement électrique de la sciatique. (*Presse médicale*, 1901, Aprilie 19, pag. 244).

Jean Heitz. Du traitement de l'insuffisance cardiaque par les bains carbogazeux de Royat. (*Presse médicale*, 27 Mai 1905, pag. 331).

Delherm et Laquerrière. Courants de hautes fréquences et hémoroïdes. (*Presse médicale*, 22 Martie 1905, p. 179.

Romme. Le traitement de la phtisie par les injections de cultures vivantes de tuberculose bovine et la fièvre menstruelle des phtisiques. *(Presse médicale,* 22 Màrtie 1905, pag. 180).

M. Sayanno. Pansements vaginaux glycérinés. *(Presse médicale,* 25 Februarie 1905, p. 124).

P. de Champtassin. Traitement des dystrophies musculaires et des dystrophies générales par les mouvements actifs. *(Presse médicale,* 1905, Aprilie 8, pag. 219).

H. Bourbilhet. Le véronal hypnotique et sédatif dans les maladies mentales. *(Presse médicale,* 20 Mai 1905, pag. 315).

L. Cruveilhier. De la valeur thérapeutique de l'antitoxine dans le sérum antidiphtérique. *(Ann. Inst. Pasteur,* XIX 1905, pag. 249.

DERMATOLOGIE.

M. Pautrier. De l'emploi des pâtes en dermatologie et pour le pansement des plaies superficielles. *(Presse médicale,* 1905, Martie 29, pag, 195).

Dubreuilh. L'ankylostomiase cutanée. *(Presse médicale,* 1905, Aprilie 15, pag. 233).

Jacquet et Rondeau. Le vernix caseosa. L'hérédoséborrhée et l'acné fœtales. *(Presse médicale,* 1905, 18 Martie, pag. 169).

J. Belot. Traitement du mycosis fongoïde par la radiothérapie. *(Presse médicale,* 1905, Aprilie 22, p. 235).

NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE.

M. Dicle. Demenţa precoce e un sindrom mental toxi-infecţios subacut sau cronic. (La démence précoce est un syndrome mental toxi-infectieux subaigu ou cronique). *Revue Neurologique.* No. 7, 1905.

Gaupp. Hipus unilateral în paralizia progresivă. (Einseitiger Hippus bei progresiver Paralyse). *(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie,* 15 April, 1905.

W. Weygand. Contribuţiune la studiul epidemiilor psihice. (Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien). *(Halle a S. Marhold,* 1905).

Bielschowsky şi **Brodman**. Histologia şi histopatologia fină a scoarţei cerebrale mai cu seamă cu privire la paralizia generală. (Zur feineren Histologie und Histopathologie der Grosshirnrinde mit besonderer Berücksichtigung der progressiven Paralyse). Societatea de Neurologie şi Psihiatrie din Berlin. *(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie,* 15 Aprilie, 1905.

Henneberg. Pseudotumoră a regiunei motrice în copilărie. (Pseudotumor der motorischen Region im Kindesalter). Societ. de Neurol. şi psihiatrie din Berlin. Şedinţa din 9 Martie 1905. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie,* 15 Aprilie, 1905).

Henneberg. Epilepsie Jacksoniană în tumori cerebrale. Influenţare prin hipnoză. (Jacksonische Epilepsie bei Tumor cerebri. Beeinflussung durch Hypnose). Soc. de Neurol. şi Psychiatr. din Berlin, 5 Martie, 1505. *(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie,* 15 Aprilie. 1905.

Paul Sollier. *Le mécanisme des émotions.* (in-8°, 300 pages, Paris 1905 Felix Alcan, éditeur).

G. Van Rynberk. *Sui disegni cutanei dei Vertebrati.* (Asupra desemnurilor cutanate la vertebrate). *Rendiconti della R. Academia dei Lincei.* Vol. XIV, 1-e sem. serie 5-a fasc. 7°. Ședința dela 2 Aprilie, 1905).

E. Gauckler et **Roussy**. Un cas de paraplégie spasmodique avec lésions médullaires en foyer sans dégénérescences apparentes dans la moelle, ni au-dessus ni au-dessous de la lésion.
(Revue Neurologique. No. 8, 1905.

Ch. Féré. Auréole nevropathique. *(Revue de méd.* No. 4, 1905).

Roger Mignot. Observation d'un cas de basophobie a type myotonique. *(Revue de méd.* No. 4, din 1905).

R. Cruchet. Sur un cas de paralysie infantile à forme monoplégique brachiale. *(Arch. géner. de med.* No. 18, din 1905).

M. Briand et **Haberstadt.** Traitement de l'épilepsie par la méthode de Bechterew. *(Arch. gén. de med.* No. 18, 1905.

Mayer. Ueber Auto-intoxications-Psychosen. *(Arch. f. Psychiatrie.* XXXIX, din 1904).

F. Terrien. De l'atrophie optique tabétique. *(Presse médicale,* 1905, Martie 18, pag. 172).

Marchand. Paralysie générale et syphilis. *(Presse médicale,* 1905, Aprilie 8, pag. 237).

P. Fontaine. Etude sur le myoïdème et sa valeur sémiologique. *(Thèse de Paris,* 1905.

PEDIATRIE ȘI TERAPEUTICĂ INFANTILĂ.

J. Comby. Balnéothérapie et électro-thérapie dans le rachitisme. *(Presse médicale,* 1905 Aprilie 1, pag. 204).

Romme. Les vomissements périodiques de l'enfance dans l'insuffisance hépatique et l'appendicite. *(Presse médicale,* 15 Martie, 1905, pag. 164).

Dri. Hongardy și **Langstein.** Stoffwechselversuch an einem Fall von infantilem Myxœdem. (Cercetări despre schimburile nutritive într'un caz de myxedem infantil). *(Jahrb. f. Kinderh.,* 1905, Aprilie.

P. Carrière (Lille). Les douleurs abdominales ches les enfants. (Durerile abdominale la copii). *(Rev. mens. des mal. de l'Enf.,* Mai 1905).

Czerny (Breslau). Zur Kenntnis der exsudativen Diathêse I. Mitteilung. (Despre cunoașterea diatezei exsudative). *(Monatschr. f. Kinderheilk.,* Aprilie, 1905).

Edgard Hirtz et **Henri Lemaire.** Le tabes infantile juvénile *(Presse, médicale,* 20 Mai 1905, pag. 313).

F. Terrien. Le pronostic de la pneumonie chez l'enfant. Mort subite et mort rapide *(Presse médicale,* 20 Mai 1905, pag. 314).

P. Haushalter. Psychose transitoire chez un enfant, avec troubles du langage, à la suite d'une méningite aiguë. (Psychoză trecătoare la un copil cu turburări ale graiului în urma unei meningite acute). *(Arch. de Méd. des enf.,* Mai 1905).

Comby și **Isch-Wall.** Eryth. noueux avec albuminurie. (Erythem nodos cu albuminurie). *(Arch. de Méd. des enf.*, Mai 1905).

Karl Beck. Abdominale Scheingeschwülste bei hysterischen Kindern. (Tumori-fantome abdominale la copii hysterici). *(Monatsschrift f. Kind.*, Martie, 1905).

R. W. Raudnitz. Fünftes Sammelreferat ueber die Arbeiten aus der Milchchemie. (Al 5-lea referat general asupra lucrărilor despre chimia laptelui). *(Monatschrift f. Kind.*, Martie 1905).

Dr. Gallus (Bonn). Sammelreferat über die deutsche ophtalmologische Literatur von 1904, II Semester. (Referat general asupra literaturei ophtalmologice germane din 1904, semestrul al II-lea). *(Monatschrift f. Kind.* Martie, 1905).

(NB. E vorba numai de referate cari interesează *pediatria*).

F. Goeppert (Kattowitz). Sammelreferat über Arbeiten aus der oto-rhino-laryngologischen Literatur. (Referat general asupra lucrărilor din literatura oto-rhino-laryngologică). *(Monatschrift f. Kind.*, Martie, 1905).

(NB. E vorba de referate privitoare la *pediatrie*).

Leo Langstein (Berlin). Ein Beitrag zur Kenntniss der hämorragischen Erytheme im Kindesalter. (Contribuție la studiul erythemelor hemorragice n copilărie). *(Jahrb. f. Kinderh.*, Aprilie, 1905).

IGIENĂ. EPIDIMIOLOGIE.

P. W. Butjagin. Die chemischen Veränderengen des Fleisches beim Schimmeln. (Penicillium glaucum und Aspergillus niger) (in *Arch. f. Hyg.* LII Bd., H. 1).

H. Wolpert. Ueber die Grösse der Luftbewegung in der Nähe unserer Wohnungen. *(Arch. f. Hyg.* LII Bd., H. 1).

H. Wolpert. Ueber den Einfluss der landhausmässigen Bebauung auf die natürliche Ventilation der Wohnräune. *(Arch. f. Hyg.* LII Bd., H. 1).

Fritz Kirstein. Ueber die Dauer der Lebensfähigkeit von Tuberkelbacillen an flugfähigen Stäubchen. (Asupra duratei vitalității bacililor tuberculoși în praf). *(Zeitschrift f. Hyyiene.* Vol. 50 F. 2 Mai 1905, p. 186—215).

C. Kraemer. Die Häufigkeit der Tuberculose des Menschen nach den Ergebnissen von Leichenuntersuchungen und Tuberculinprüfungen und ihre Bedeutung für die Terapie. (Frecuența tuberculozei la om după datele anatomo-patologice și după injecțiile cu tuberculini și importanța lor pentru terapeutică). *(Zeitschrift f. Hygiene.* Vol. 50. F. 2 Mai 1905, p. 247—265.

A. Celli. Die Malaria in Italien im Jahre 1903. Epidemiologische und prophylaktische Forschungen. *(Arch f. Hyg.* LII Bd., H. I).

Thooris. L'anémie des mineurs en milieu régimentaire. *(Presse médicale*, 1905, Iunie 3, pag. 345).

R. Romme. L'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale en Allemagne. *(Presse médicale*, 20 Mai 1905, pag. 315).

B. Auché. La dysenterie bacillaire à Bordeaux. *(Presse médicale*, 1905, Mai 24, pag. 321).

Eduard Fuster. La lutte contre l'ankylostomiase en Allemagne. (*Presse médicale*, 15 Martie 1905, p. 161).

Charles Nicolle et **M. Triolo.** La fièvre méditerranéene en Tunisie. (*Presse médicale*, 22 Februarie 1905, pag. 113).

Raoul Brunon. Air confiné et tuberculose. (*Presse médicale*, 11 Martie 1905, pag. 153).

Grosse. Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten. (Mijloace de apărare contra afecțiunilor genitale). (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 25 Mai 1905, No. 23.

H. Labbé. La boisson qualitativement et quantitativement envisagée chez les malades et les gens bien portant. (*Presse médicale*, 1905, Aprilie 15.

G. H. Lemoine. Le rôle du sucre dans l'alimentation. (*Presse médicale*, 1905, Aprilie 19, pag. 241).

Leo Schafs. Conservirung der Milch durch Formaldehyd speciell zum Zwecke der Säuglingsernährung. (Conservarea laptelui prin formol, mai ales pentru nutrirea noilor născuți). (*Zeitschrift f. Hygiene*, vol. 50, F. 2, p. 247—265).

V. Porcile. Beitrag zur differential-diagnostichen Unterscheidung der Typhus u. typhusähnlichen Bakterien mit Hülfe der Agglutination. (Contribuție la diagnosticul diferențial prin aglutinare a bacililor tifici și paratifici). (*Zeitschrift f. Hygiene*, vol. 50, F. 2. pag. 215—247.

H. Vincent. Sur la signification du bacillus coli dans les eaux potables. (*Ann. Inst. Pasteur.* XIX. 1905, pag. 209.

Georges Bourgeois. Exode rural et Tuberculose, 1 vol. Felix Alcan, 1905

Dopter. Transmissibilité de la dysenterie amibienne en France. (*Bulletin méd.*, 28 Octombre, 1904.

J. Crespin. Précis du paludisme. A. Maloine, Paris.

Holger Rördam. Ansteckungswege der Tuberkulose (căile de infecțiune ale tuberculozei). (*Zeitschr. f. Tuberk. und Heilstättenwesen* VI, 1904).

Wassermann. Beitrag zur Kentniss der Infectionswege bei Lungentuberculose. (Contrib. la studiul căilor de infecțiune în tuberc. pulm.). (*Berl. Klin. Woch.* 28 Nov., 1904).

PATOLOGIE INTERNĂ

Romme. L'oligurie habituelle et l'ingestion abondante de liquides. (*Presse médicale*, 1905, Mai 3, pag. 277).

Chauffard. Méningites cérébro-spinales à méningocoques. Quelques points nouveaux de leur histoire. (*Presse médicale*, 6 Mai 1905, pag. 281).

Jarvis. L'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale en Amérique. (*Presse médicale*, 6 Mai 1905, pag. 283).

Paul Halbron. Phlébite précoce des tuberculeux. (*Presse médicale*, 18 Martie 1905, pag. 173).

Ch. Achard et **G. Paisseau.** Rupture de l'aorte. (*Presse médicale*, 22 Martie 1905, pag. 177).

L. Natan-Larrier et **André Bergeron.** L'hydrohémolyse. Recherche du bacille Koch et des autres microbes dans le sang. (*Presse médicale*, 14 Iunie 1905, pag. 371).

Romme. La neurasthénie de l'ouvrier et la neurasthénie du pauvre. (*Presse médicale*, 14 Iunie 1905, pag. 372).

Alexandre Mazerau. L'atonie dans les dyspepsies. (*Presse médicale* 17 Iunie 1905, pag. 379).

J. Guisez. Des résultats généraux obtenus par la broncho-oesophagoscopie etc. (*Presse médicale*, 25 Fevruarie 1905, pag. 122).

Berger. Amélioration spontanée, survenue dans un cas d'ostéomalacie masculine arrivé aux déformations les plus extrêmes avec complications de lithiase vésicale et rénale. (*Presse médicale*, 22 Aprilie 1905, pag. 249).

Albert Martinet. Foie flottant. (*Presse médicale*, 5 Aprilie 1905, pag. 212).

Ernest Barié. L'artérite aiguë rhumatismale. (*Presse médicale*, 1905, Martie 25, pag. 186).

Marfan. La scarlatinoïde méta-diphtérique. (*Presse médicale*, 1905, Aprilie 29, pag. 265).

H. A. Tissot. Des abaissements insolites et brusques qui surviennent dans la courbe thermique normale de la fièvre typhoïde. (Thèse de Paris, 1905).

G. Ronneaux. Le paratyphus. (Thèse de Paris, 1904).

Edhem. La prétuberculose. (*Arch. gen. de med.*, No. 15 din 1905).

A. Gouget. La mort brusque au cours du rhumatisme articulaire aigu. (*Presse médicale*, 17 Mai 1905, pag. 305).

Marcou. Retrait brusque d'un gros foie cardiaque à la suite d'une hémorrhagie gastrique mortelle perforante, sans réaction péritonéale.

M. Mollard. Contribution à l'étude des rechutes dans la scarlatine. (Thèse de Paris, 1904).

H. Vincent. De la fréquence de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes. (*Presse médicale*, 1905, Martie 29, pag. 193).

A. Gilbert et **Lereboullet.** Cancer primitif du foie et cholémie familiale. (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, 3 Dec. 1904).

Th. Dunin. Der Blutdruck im Verlaufe der Arteriosklerose. (Presiunea sanguină în cursul arterio-sclerozei). (*Zeitschr. f. Klin.* Med. LIV—1904).

H. Vaquez. La tension arterielle dans le saturnisme aigu et chronique. (*Sem. méd.* 30 Nov. 1904).

G. Humbert. Séro-diagnostic tuberculeux dans le diagnostic de la granulie, (*Revue de la tuberculose* 2-e seria I 1904.

M. Piery et **J. Nicolas.** Valeur pronostique du syndrôme urinaire de la pleurésie tuberculeuse. (*Arch. gén. de méd.* II 1904).

Paul Courmont et **J. Nicolas.** Formule urinaire dans la pleurèsie tuberculeuse. (*Bull. de la soc. méd. des hôp. de Lyon*, 21 Juni 1904).

André Lemierre. L'ensemencement du sang pendant la vie, procédé d'investigation clinique. (*Thèse de Paris* 1904).

R. Koch. Ueber die Trypanosomen — Krankheiten. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 17 Nov. 1904.

S. D. Néporojni. Contribution à l'étude de l'étiologie du diagnostic et de la sérothérapie de la dysentérie aiguë. (*Voïenno-Meditsinsky Journal*, Aprilie 1904).

Kohler et **Behr.** Temperatur—Suggestionen bei Tuberkulösen (Temperatură de sugestiune la tuberculoşi). (*Münch. med. Woch.* 29 nov. 1904).

O. Pertik. Pathologie der Tuberkulose. (*Wiesbaden.* 7. *F. Bergmann* 1904

MICROBIOLOGIE. ANATOMIE PATOLOGICĂ. FIZIOLOGIE NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ.

Kerschensteiner. Zur Leukanämiefrage (Asupra leucemiei-anemiei). (*Münchener medizinische Wochenschrift,* 23 Mai 1905, No. 23).

W. T. Councilman, G. M. Magrath etc. Etude sur la pathologie et sur l'étiologie de la variole et de la vaccine. (*Presse médicale,* 1905, Martie 1, pg. 131).

H. Roger. Le rôle du réflexe oesophago-salivaire dans la déglutition (*Presse médicale,* 8 Martie 1905, pg. 145).

Lorand. Contribution à la pathogénie de l'obésité. (*Arch. gén. de méd.* II 1904).

Desgrez et **Adler.** Contribution à l'étude de la dyserasie acide (*Compt. rend. de la soc. de Biol.* 26 nov. 1904).

Géraudel. La structure du foie chez l'homme. (*Arch. gén. de méd.* No. 15 din 1905).

L. Guillemot, J. Hallé et **E. Rist.** Recherches bactériol. et expérim. sur les pleurésies putrides. (*Arch. de méd. exper. et d'anatomie path.* XVI, 1904.

W. Tiliston. The bloot in measles. — Sângele în pojar. — (*The infectious diseases,* I, 1904).

A. Wassermann u. J. Citron. Ueber die Bildungstätten der Typhusimmunkörper (Asupra locului de formare al substanţelor imunizante tifice). (*Zeitschrift f. Hygiene vol. 50. F.* 2 Mai 1905 pg. 335 — 348).

Paschen. Ueber Piroplasmose bei einheimischen Schafen). (Asupra piroplasmozei la vite indigene). (*Hygienische Rundschau,* 1 Junie 1905).

A. Doebert: Die verwandtschaflichen Beziehungen zwischen dem Bacillus faecalis alkaligenes und dem Typhusbacillus. (*Arch. f. Hyg.* L. 4 Bd., H. I.

J. Castaigne et **F. Rathery.** Du rôle de l'hérédité en pathologie rénale. (*Sem. méd.* 9 Nov. 1904).

E. Hedinger. Primäre angeborene Herzhypertrophie. Hipertrofia primitivă şi congenitală a cordului). (*Arch. f. pat. Anatom. u. Phys.* 1904).

Piontkowsky. Action des savons sur le travail des glandes à pepsine. (*Rousski Wratsch,* Martie 1904).

Bönniger. Ueber die Resorbtion im Magen und die sogenannte Verdünnungssecretion. (*Arch. f. Hygiene* L. 1903).

Braillou. Des lésions tuberculeuses de l'endocarde. (*Revue de la tuberculose.* 2-e serie I. 1904).

H. Dock et **A. Scott. Warthin.** A new case of chloroma with leucemia with a study of cases reported since 1893). Un nou caz de clorom cu leucemie, cu un studiu a cazurilor raportate dela 1893. (*The medical News* 19 şi 26 Nov., 3 şi 10 Dec. 1904).

A. Charlier. La capacité pulmonaire chez les sujets sains et chez les sujets tuberculeux. (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 19 nov. 1904).

H. Lüthje (Tübingen). Ueber den Einfluss der Aussentemperatur auf die Grösse der Zuckerausscheidung). Influența temperaturei externe asupra măririi excrețiunei zahărului. (*Therapie der Gegenwart*, Mai 1905).

J. Hornus. Contribution a l'étude de la nature et du traitement du cancer. (*Thèse de Paris*, 1905).

C. Fraenkel. Ueber das Vorkommen der Spirochaete bei Syphilis. (Asupra prezenței spirocheților în sifilis. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 13 Iunie 1905. No. 24).

H. Labbé et **E. Morchoisne.** Le métabolisme de l'eau et des chlorures. (*Revue de méd.* No. 4 din 1905).

J. Teissier. Classification et valeur pathogénique des albuminuries orthostatiques. (*Revue de méd.* No. 4 din 1905).

Meinicke. Ueber die Hämolysine der choleraähnlichen Vibrionen. (Hemolysinele vibrionilor saprofiți), (*Zeitschrift f. Hygiene.* Vol. 50. F. 2, Mai 1905. P. 165—186).

M. V. Vaquez. Des effets mécaniques de l'hypertension sur le système cardio-aortique. (*Semaine médicale*, 10 Mai 1905, p. 217).

Aubertin. Origine myélogène de la leucemie aiguë. (*Semaine médicale.* 14 Iunie 1905, pag. 277).

Léon Meunier. Lab-ferment et digestion lactique. (*Presse médicale*, 1 Aprilie 1905, pag. 203).

Romme. La cellule cancéreuse et la théorie parasitaire du cancer. (*Presse médicale*, 19 Aprilie 1905, pag. 244).

Garnier et **J. Jomier.** Des embolies hydatiques de l'artère pulmonaire. (*Presse médicale*, 14 Iunie 1905, pag. 369).

R. Romme. Une nouvelle théorie de l'hémophilie. (*Presse médicale*, 7 Iunie 1905, pag. 356).

Heusner. Die physiologische Bedeutung des grossen Netzes. (Importanța fiziologică a epiploonului). (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 13 Iunie 1903, No. 28).

Charrin et **Le Play**. Le rôle pathologique des poisons de l'intestin. (*Sem. méd.*, 23 Nov. 1904).

Lortat-Jacob et **Sabareanu**. Pathogénie de l'athérome artériel et thyroïdectomie. (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, 19 Nov. 1904).

Remlinger et **Osman Nouri.** Réaction de la tortue terrestre à quelques maladies infectieuses. (*Ann. Inst. Pasteur*, XIX 1905, pag. 266).

M. Letulle. Bilharziose intestinale. (*Arch. de parasitologie*, IX 1905, p. 329).

Ch. Achard. Le rôle du sel en pathologie. Le rôle du sel en thérapeutique. (*Masson*, Paris 1904).

F. Noc. Propriétés bactériolytiques et anticytasiques du venin de cobra. (*Ann. Inst. Pasteur*, XIX 1905, pag. 209).

J. Grasset. La cérebro-sclérose lacunaire progressive d'origine artérielle. (*Sem. méd.*, 19 Oct. 1904).

Cottet. De l'oligurie habituelle physiologique. (*Revue de méd.*, No. 4, 1905).

MEDICINĂ LEGALĂ

Henry Le Meignen. Les accidents du travail au point de vue médical, d'après les travaux du congrès de Liège *(Semaine méd.*, 7 Iunie 1905, p. 265).

L. Barthe. La diagnose du sang humain par la réaction Bordet-Uhlenhuth. *(Folia haematologica*, Mai 1905).

G. Ollive et **H. Le Meignen.** Les accidents du travail. *(Médécine légale, (Jurisprudence*, Paris, 1904).

Schupfer Ferruccio. Supra un nuovo bacillo anaerobio patogeno per l'uomo. (Un nou bacil anaerob patogen pentru om). *(Policlinico*, Iunie 1905)

BIBLIOGRAFIE ROMÂNEASCĂ:

Al. Ticamis. Contribuțiuni la studiul clinic al tuberculidelor. (Teză—Iași, 1905).

Sp. Hobincu. Entero-anastomoza cu butonul Murphy. (Teză—Iași, 1905).

N. Bărdescu. Botriomicoza la om. (*Spitalul*, 1905. No. 9).

R. Chernbach. Angiom enorm al pavilionului urechei stângi. (*Spitalul* 1905. No. 9)

Gr. Nicolau și **Isăcescu.** Plagă contuză cu înfundarea oaselor craniene în regiunea temporo-frontală stângă. (*Spitalul*, 1905. No.. 9).

A. Munteanu. Câteva cuvinte asupra masagiului inimei în sincopele cloroformice. (*Spitalul*, 1905. No, 9).

Schneyer. Un caz de pareză bilaterală a vălului palatin în cursul unei pneumonii gripale. (*Spitalul*, 1905. No. 9).

C. Parhon și **M. Goldstein.** Un caz de isterie simulând scleroza în plăci și siringomielia. (*Spitalul*, 1905. No. 10).

I. Mitulescu. Tratamentul sistematic al tuberculozei pulmonare. (*Spitalul*, 1905. No. 10).

I. Jianu. Contribuțiuni la chirurgia experimentală a aortei abdominale. (*Spitalul*, 1905 No. 10).

N. C. Mihăilescu. Relațiune asupra unei călătorii de studii în Germania. (*Spitalul*, 1905. No. 10).

Poenaru-Căplescu. Tuberculoza la noi. Conferință ținută la ateneul din București. (*Spitalul*, 1905. No. 10).

CHESTIUNI PROFESIONALE

Numiri și permutări.

— D-l Dr. Alexandru Bolintineanu a fost numit definitiv în postul de medic secundar al diviziunii I-a din spitalul „Elisabeta Doamna", Caritatea Gălățeană, în locul d-lui Dr. I. Harbuz, care ocupă provizoriu acest post.

— D-l Dr. G. Vrabie, medicul circumscripțiunii Suhărău din județul Dorohoi, și d-l Dr. E. Lampadaride, medicul circumscripțiunii Brăhășești din județul Tecuciu, au fost transferați unul în locul celuilalt.

— D-ra Dr. Ecaterina Ladico, a fost numită provizoriu până la concurs, în postul de medic secundar al spitalului din Botoșani, pendinte de Epitropia generală a Casei Spitalelor și Ospiciilor Sf. Spiridon din Iași, în locul d-lui Dr. Beno I. Stener, trecut în altă funcțiune.

Admiteri la libera practică a medicinei umane, a medicinei veterinare și a moșitului în țară.

D-nii Enculescu Nicolae și Nimereanu H., cel dintâiu cu diplomă de doctor în medicină dela Universitatea din București și al doilea dela Universitatea din Iași, au obținut dreptul de liberă practică a medicinei în țară.

D-l Grigoriu Constantin, cu diploma de medic veterinar dela școala de medicină veterinară din Milano, a obținut dreptul de liberă practică a medicinei veterinare în țară.

D-nele Maria Dumitrescu și Venera Angelina, cu diploma de moașe dela Institutul „Maternitatea“ din București, au obținut dreptul de liberă practică a moșitului în țară.

Concursuri.

Concursul (1) pentru ocuparea definitivă a posturilor de medici primari de județe, ocupate în prezent provizoriu, se continuă cu cea mai mare regularitate și se speră că până la 8—10 Iunie se va termină.

Proba a doua (orală) seria III-a, a trecut-o Miercuri 11 Mai și cestiunea a fost: *„Intoxicația cu sublimat corosiv“;*

Seria IV-a, la 12 Mai, cu cestiunea: *„Infecțiunea paludică: etiologie și profilaxie“;*

Seria V-a, la 13 Mai, cu cestiunea: *„Avortul“;*

Seria VI-a, la 13 Mai, cu cestiunea: *„Cauzele mortalității în primele săptămâni ale noilor născuți. — Mijloacele profilactice contra acestor cauze“.*

Pentru proba III (prima probă practică = medico-legală), candidații au fost împărțiți în trei seri și fiecare serie a redactat raportul medico-legal în localul Morgei, pe cadavru unui individ mort de o cauză necunoscută.

In cursul probei orale s'au mai retras d-nii D-ri Al. Rudescu și C. Bossie. rămânând astfel atât la proba orală, cât și la celelalte probe, 29 candidați,

Pentru proba IV (clinică), candidații au fost împărțiți în serii de câte trei, urmând ca fiecare serie să treacă această probă pe 2 bolnavi (conform regulamentului). Seriile nu au fost stabilite anticipativ; în fiecare zi după stabilirea cazului sau cazurilor de examinat, s'au tras la sorți candidații seriei pentru a nu se puteà aduce vre-o obiecțiune asupra cazului ales.

S'a examinat: tuberculoză pulmonară, influență, pneumonie, conjuctivită granuloasă, scabies, sifilis, etc.. etc., în genere maladii transmisibile, conform dispozițiunilor regulamentului. Această probă se va termină Miercuri 1 Iunie, c.

---

(1) Vezi No. 1.

Proba de bacteriologie va începe la 2 Iunie şi candidaţii vor fi înpărţiţi în 6 serii.

In momentul de a apare s'a dat rezultatul definitiv fiind proclamaţi reuşiţi în ordinea clasificării D-nii: Glineanu, Titus Demetrescu, C. Lupu, Suceveanu şi Laugier.

Ordine circulare date în interesul serviciului.

— S'au cerut medicilor spitalelor rurale de a arătà dacă acele spitale posedă sau nu o bibliotecă Aceasta s'a făcut cu scopul ca în caz negativ să se avizeze la mijloacele necesare pentru procurarea câtor-và tratate şi reviste absolut necesare pentru bunul mers al spitalelor.

— S'a complectat ordinul No. 26.813/904 referitor la instrucţiunile privitoare la facerea autopsiilor medico-legale cu următoarele dispoziţiuni:

Se vor luà din profunzimea organelor, cu un cuţit ars la flacără, bucăţi de 1 cm. diametru, cari se vor pune în epruvetă sterilă şi se vor trimete imediat şi de urgenţă la un institut sau laborator de bacteriologie.

De asemenea sucuri sau lichide de examinat bacteriologic se vor pune în epruvete sterile, sau în pipete închise la flacără.

Afară de aceasta se vor întinde pe lame de sticlă într'un strat subţire şi cât se poate de egal suc de pe suprafaţa organelor şi lichidelor. Acestea vor fi uscate la aer şi învelite cu hârtie sugătoare.

Toate acestea vor fi apoi împachetate în multă vată fenicată şi într'o cutie închisă ermetic.

— Primindu-se comunicări mai din toate părţile ţării, că anul acesta numărul pelagroşilor este în creştere faţă de anii precedenţi, s'a dispus ca în toate spitalele din ţară să se primească aceşti bolnavi până la jumătatea numărului tutulor paturilor din spital şi în cazuri grave, să se treacă şi peste această limită.

Congrese.

— Al 4-lea congres al Asociaţiunii Române pentru înaintarea şi răspândirea ştiinţelor, se întruneşte la Craiova şi va aveà loc la 25 Septembrie (8 Octombrie) 1905 şi în zilele următoare.

Adesiuni precum şi orice alte cereri şi comunicaţiuni privitoare la Congres se vor adresà d-lui St. C. Hepites, la Institutul Meteorologic, Bucureşti.

ANUL I. No. 3. (IULIE 1905) VOLUMUL I.

REVISTA
ȘTIINȚELOR MEDICALE

Dr. G. Proca.

CONTROLUL SANITAR AL LAPTELUI

De câțiva ani măsurile de poliție sanitară privitoare la igiena laptelui au fost revizuite și îmbunătățite în mai multe orașe din străinătate. O mișcare pornită în direcțiunea aceasta începe să se simță și la noi, dacă judecăm după dispozițiile recente luate de către primăria Capitalei, cu scopul de a face să se vânză în oraș numai lapte curat și sănătos. De altfel se vede bine că erà și timpul să se introducă alte norme de supraveghiare a comerțului cu lapte, când aflăm că anul trecut, adică într'un an când după declarațiile autorității sanitare „laptele a fost controlat cu multă seriozitate“, s'au făcut în București abià 597 examene de lapte și numai cu lactodensimetru. Din partea sa în 1904, Laboratorul comunal a examinat 207 probe de lapte, găsind în totul 60 de probe, sau aproximativ 29%, amestecate cu apă ori neregulamentare. In alte orașe regulamentul existent asupra comerțului cu alimente și în special articolele 71—89, cari privesc producerea și vânzarea laptelui, nu se aplică mai corect decât în Capitală, astfel că este nemerit să ne gândim la o îndreptare a situației, luând cunoștință de reformele, de vederile și de tendințele actuale în chestiunea controlului igienic al laptelui.

* * *

Nu toate orașele au nevoe să supue comerțul cu lapte la același fel de măsuri de supraveghiare, de o potrivă de riguroase şi costisitoare. Severitatea prescripţiilor ce se impun trebue să stea în raport cu împrejurările şi anume cu întinderea consumaţiei de lapte, cu mortalitatea copiilor hrăniţi artificial cu lapte şi în sfârşit cu pericolul de propagare a tuberculozei dela vitele de lapte la consumatori. Din acest întreit punct de vedere, există deosebiri pronunţate între oraşele româneşti şi cele străine.

La noi populaţia orăşenească, nevoită a cumpărà lapte, nu reprezintă nici $1^1/_2$ milion de suflete şi este împrăştiată în o mulţime de târguri şi oraşe mici. Un singur oraş european ca Neapoli sau Bruxelles, cari nu se numără printre cele mai populate centre, are mai mulţi locuitori decât 64 oraşe româneşti luate împreună. Capitala însăşi, împreună cu alte şease oraşe mari dela noi, numără o populaţie mai mică decât Hamburg, decât Budapesta sau Liverpool. Intru cât priveşte consumaţia laptelui în aceste oraşe, informaţiile de cari dispunem sunt puţin sigure. In *München* un locuitor ar consumà, după Rubner, 205,1 litri lapte pe an, pe când după alte evaluări această cifră ar fi de 135 sau 131,$_1$ litri (W. Beukemann). La Hamburg consumaţia laptelui se ridică la 137—146 litri de fiecare locuitor; la Berlin ea ar fi de 100—109 litri pe an. Cu această din urmă cifră capitala imperiului german ar fi consumând pe zi 685.841 litri, iar într'un an peste 250 milioane litri de lapte. Pentru toată Germania consumaţia anuală ar fi de 91—109 litri de locuitor (J. König).

Pentru oraşele româneşti nu avem până acum date asupra consumaţiei laptelui; cu toate acestea o evaluare este posibilă, dacă socotim că la noi se consumă de obiceiu mai puţin lapte decât în oraşele germane, unde cantitatea de 170 grame lapte de locuitor reprezintă limita inferioară a consumaţiei normale. Atribuind raţiunea de 125 grame de locuitor nu riscăm să greşim prea mult, cel puţin întru cât priveşte consumaţia laptelui din Bucureşti. Această cifră ne dă cam 36.000 litri pe zi, sau 13 milioane pe an pentru Capitală. In această presupunere un bucureştean, care după datele serviciului statistic al comunei mănâncă într'un an 214 kilo pâine şi aproape 63 kilo carne, nu ar consumà decât 45—46 litri de lapte. Intreaga noastră populaţie orăşenească ar întrebuinţà anual 51 milioane litri lapte, adică aproape de 5 ori mai puţin decât singur oraşul Berlin.

Fără a pune mare preţ pe aceste evaluări ipotetice, trebue să recunoaştem că vânzarea unui aliment care intră în consumaţia obişnuită a populaţiei cu 45, 100 sau 200 litri pe an, de locuitor, nu poate să rămână nesupraveghiată, dar se înţelege că cu cât consumaţia va fi mai ridicată, cu atât se vor justifică măsuri de control mai riguroase, de oarece pagubele produse de întrebuinţarea unui aliment stricat ori mai puţin hrănitor cresc sau scad împreună cu numărul celor cari îl consumă.

A doua împrejurare, care îndreptăţeşte preocupaţiile privitoare la igiena laptelui, nu se întâlneşte în oraşele noastre în aceiaşi măsură ca în străinătate. Este vorba, în adevăr, de alimentaţia artificială a copiilor de ţâţă, pentru cari alteraţiile laptelui sunt cu deosebire vătămătoare. Hrănirea sugarilor cu lapte de vacă este, fără îndoială, cu mult mai răspândită în centrele mari industriale decât la noi După recensământul din 1895 la Berlin, din 100 nou-născuţi numai 45 erau hrăniţi la sân (Böckh). La noi nu există statistici în această privinţă, dar se ştie că una din cauzele principale ale alimentaţiei artificiale a copiilor,—şi anume munca femeilor în fabrici şi ateliere, — aproape lipseşte în oraşele noastre, pe când în Germania, de exemplu, se găsesc ocupate în industrie 31 femei pentru 100 lucrători.

In sfârşit primejdia propagării boalelor infecţioase, şi cu deosebire a tuberculozii, prin mijlocirea laptelui luat dela vite bolnave, pare asemenea să fie mai mică pentru oraşele româneşti, de oarece până acuma tuberculoza bovideelor noastre este puţin întinsă.

⁂

Orcare ar fi consumaţia laptelui ca şi întinderea şi natura pagubelor ce ar puteà să rezulte din cauza acestei consumaţii, comerţul cu lapte trebue supraveghiat dintr'un îndoit punct de vedere, şi anume cu privire: 1) la valoarea nutritivă a produsului dat în consumaţie şi 2) la salubritatea acestui produs.

I. Controlul valorii alimentare a laptelui.— Compoziţia laptelui natural, în constituţia căruia intră unele substanţe nutritive, — albuminoide, lactoză şi unt, — în proporţii hotărîte, determină valoarea alimentară a acestui produs animal, şi de oare ce stă în mâna producătorilor ca şi a vânzătorilor să schimbe compoziţia normală a laptelui, fie prin adăogire de apă, fie prin luarea smântânei, sau prin amândouă aceste mijloace, urmează că valoarea sa nutritivă poate să fie scăzută în mod fraudulos. Fraudele de acest fel, cari scumpesc hrana locuitorilor, nu ar puteà să fie descoperite şi înlăturate decât prin examinări sistematice, menite să constate dacă laptele pus în consumaţie are compoziţia produsului natural. Dar care este această compoziţie? Articolul 79 al regulamentului nostru citat mai sus, dă proporţiile minimale ce reclamă să aibă laptele de vacă, cerând la 100 părţi lapte cel puţin 11,5 substanţe fixe, 3,5 unt, etc., precum şi densitatea minimă de 1,029. In Prusia, după circulările din 1899 şi 1900 pentru laptele întreg (Vollmilch), densitatea minimă tolerată este de 1,028, iar cantitatea minimală de unt ce se cere este de 2.7%.

Analizele publicate de König (705 analize deosebite), arată că un lapte natural de vacă poate să conţină numai 10,$_{55}$% substanţe fixe şi abia 1,48% unt. Asemenea cercetările lui Fleischmann, urmate în timp de cinci ani fără întrerupere, au arătat că laptele a 103 vaci din aceiaşi cireadă aveà în termen de mijloc mai puţin de 3% unt din Ianuarie până în Iunie, şi numai 3,04—3,13% în restul anului.

Faţă de aceste cifre, s'ar păreà că regulamentul nostru este prea pretenţios; în realitate avem aface cu o lacună, pe care se silesc să o umple acum cercetările întreprinse de activul sub-director al Institutului nostru de chimie, d-l doctor Poltzer, precum şi d-nii chimişti-experţi ai Laboratorului comunal din Bucureşti. Lacuna constă în faptul că limitele minimale cerute de regulamentul nostru sunt stabilite la cifrele de astăzi, indiferent de variaţiile naturale, pe cari le prezintă *la noi* compoziţia laptelui de vacă; din această cauză analizele ce se fac spre a descoperì alteraţiile frauduloase ale acestei compoziţii riscă să deà rezultate greşite, declarând de falsificat un lapte natural sau tolerând ca bun un lapte din care s'a scos o mare parte din untul său. De fapt, această din urmă greşeală trebue să se facă de cele mai multe ori când se examinează laptele de bivoliţă, pentru care articolul 80 al regulamentului cere cel puţin 5% unt, pe când cele 180 de analize de lapte de bivoliţă, făcute în 1902 de către d-l dr. Poltzer arată că în termen de mijloc acest lapte conţine unt în proporţie de 7 55%, că în timpul ernei numai 4% din probele examinate aveau mai puţin de 6% unt şi că vara numai vreo 8% din probe, aveau proporţia de unt sub 5,60%.

Se cere dar ca să se stabilească şi la noi un tip de compoziţie normală a laptelui, corespunzător cu constituţia ce prezintă în realitate acest produs atât de variabil după localităţi, după rasa animalelor şi după felul îngrijirii lor. Limitele inferioare ce se vor admite pentru caracterizarea laptelui normal, trebuesc stabilite pe baza unor cercetări de mai mulţi ani. (J. König). Asemenea este o cerinţă generală ca examenele laptelui din comerţ să nu se mărginească la simpla constatare a densităţii sale, ci să caute tot-deauna a determinà şi cantitatea de unt ce conţine. In sfârşit, trebue să constatăm că regulamentele mai recente de supraveghiare sanitară a laptelui, cum sunt cele din *Essen* şi *Düsseldorf*, prevăd examene obligatorii la locul de producere a laptelui ori de câte ori o probă luată de la vânzător se arată a fi falsificată. Comparaţia între rezultatele ce dă analiza probei directe, dela grajd *(Stallprobe)* şi analiza probei din comerţ hotărăşte, dacă laptele era în adevăr falsificat şi dacă vânzătorul trebue urmărit şi pedepsit pe cale judiciară.

II. Controlul salubrităţii laptelui. — Când proporţiile de substanţe nutritive din lapte sunt scăzute prin fraudă, acest produs se scumpeşte, fără a devenì numai decât vătămător sănătăţii. In anumite împrejurări însă, laptele poate să încerce prefaceri şi să se prezinte în condiţiuni cari îl fac impropriu pentru alimentaţie, dându-i însuşiri vătămătoare; din această cauză, măsurile de supraveghiare a comerţului cu lapte au în vedere şi starea de salubritate a acestui aliment, tinzând să împedice vânzarea unui lapte stricat, murdar, încărcat de bacterii sau care ar conţine substanţe toxice şi mijloace chimice de conservare.

Aprovizionarea populaţiei din oraşe cu lapte sănătos se asigură numai printr'o serie de dispoziţii complexe, la a căror îndeplinire veghiază medicul sanitar, veterinarul, bacteriologul şi chimistul. Articolele 71—78 ca şi art. 86—89 din actualul regulament asupra comerţului cu băuturi şi alimente, prevăd multe din dispoziţiile principale, cari ar exclude din consumaţie laptele muls dela animale tuberculoase sau atinse de orice altă boală, precum şi laptele păstrat sau transportat în condiţii nehigienice, ori tratat cu vre-un preservativ chimic. In această privinţă ceea ce ne lipseşte mai mult nu este o anumită prescripţie sanitară, ci organizarea unui serviciu de control efectiv, care să urmărească de aproape diferitele acte ale comerţului cu lapte, începând cu condiţiile de producere şi sfârşind cu liberarea acestui aliment în mâinele consumatorilor.

Acţiunea de supraveghiare a unui astfel de serviciu bine organizat, trebue înlesnită introducându-se în regulament o prescripţie, care a fost cerută cu drept cuvânt şi în Germania; această prescripţie reclamă ca nimeni să nu poată exercità comerţul cu lapte decât în virtutea unei autorizaţii speciale, care nu se eliberează dacă solicitatorul nu dispune de o instalaţie potrivită pentru acest comerţ. Este drept că o măsură ca aceasta ar restrânge numărul micilor negustori de lapte, dar consumatorii ar fi în câştig când ar fi serviţi de câţiva mari comercianţi cari, adunând laptele dela producătorii mici de astăzi l-ar curăţi prin filtre, l-ar păstrà la frig, l-ar transportà şi l-ar vinde curat, întrebuinţând toate mijloacele technicei moderne. Concentrarea comerţului, în această ramură specială a industriei alimentare, ar aveà numai urmări binefăcătoare pentru sănătatea publică.

In starea actuală, când pentru 10.000 locuitori găsim cel puţin 25 de lăptari, supraveghiarea acestora, mai ales întru cât priveşte curăţenia sau starea de salubritate a produsului ce vând, este cu totul iluzorie. Puţinele determinări făcute, de exemplu în Bucureşti, fie la Laboratorul comunal, fie la secţiile medicale din oraş, nu dau indicaţii nici asupra murdăriilor, nici asupra micro-organismelor din lapte. Pe de altă parte un vânzător de lapte nu poate aşteptà cu marfa în căruţă rezultatul analizei Laboratorului care şi-ar propune să determine miligramele de murdării dintr'un litru de lapte sau numărul bacteriilor la 1 c. c., sau prezenţa bacilului tuberculos în probele examinate. De altmintrelea, acest fel de analize nu se fac spre a descoperì şi îndepărtà zilnic din consumaţie un aliment stricat; scopul lor este să afle dacă vânzătorul X. furnizează clienţilor săi *în mod obişnuit*, un lapte impur sau insalubru, spre a puteà dovedì şi îndepărtà cauzele alteraţiilor constatate. Unele din aceste cauze se pot constatà chiar la luarea probelor: vase murdare, rău astupate, adăogire de apă, etc.; de multe ori însă rămâne să se cerceteze însăşi instalaţia vânzătorului, grajdul, starea vitelor, camera şi condiţiile de conservare a laptelui. Cu alte cuvinte, este nevoe ca şi analizele privitoare la salubritatea laptelui, ca şi cele privitoare la valoarea sa alimentară, să fie complectate cu inspecţii locale, de oarece în majoritatea cazurilor laptele nu se murdăreşte, nici nu se strică pe drum, ci porneşte chiar dela producător în stare nehigienică.

Presupunând că s'ar organiză un serviciu regulat de inspecţie a lăptăriilor dela noi, Laboratoriile nu ar încetă să supue examenelor chimice şi bacteriologice laptele dat în consumaţie, fiindcă se înţelege uşor că numai aceste examene ne asigură dacă se respectă măsurile impuse producătorilor şi vânzătorilor de lapte. Cu cât analizele devin mai numeroase, cu atât scad mai mult abaterile dela normele prescrise. Astfel pe când în Düsseldorf se examinau pe an numai 1100—1700 probe de lapte, cifra probelor neregulamentare ajungea până la $15^{0}/_{0}$; în urmă, controlul devenind mai riguros şi numărul analizelor crescând (8.785 în anul 1900), abaterile s'au împuţinat până ce în anul 1902 au ajuns să reprezinte numai $2{,}5^{0}/_{0}$ din totalul probelor examinate

* * *

Terminând cu expunerea acestor consideraţii generale asupra controlului sanitar al laptelui, credem că este de aşteptat să vedem şi la noi o îndreptare a măsurilor de supraveghiare a comerţului cu lapte, în sensul cerinţelor semnalate. Ar fi un progres netăgăduit faţă de actualele dispoziţii regulamentare, cari când sunt excelente nu se aplică, iar când se aplică nu-şi ating scopul sau chiar induc în eroare făcând, de pildă, să se descopere fraude acolo unde nu există.

Dr. I. Bruckner.

MENINGITA CEREBRO-SPINALA EPIDEMICA

Din cadrul meningitelor cerebro-spinale se desprinde astăzi destul de clar tabloul clinic, anatomo-patologic şi bacteriologic al meningelor cerebro-spinale, zise epidemice.

Graţie cercetărilor lui Weichselbaum, începând din 1887, şi apoi a o sumă de alţi bacteriologişti, e stabilit că agentul patogen al acestei maladii este meningococul.

E un microb care are multă asemănare cu gonococul; se prezintă sub formă de coci, puţin alungiţi, uşor scobiţi într'o parte, grupaţi de obiceiu câte doi, privindu-se prin concavitatea lor; ei se pot grupà şi câte patru şi chiar câte mai mulţi la un loc, permiţând însă să se distingă dispoziţia lor fundamentală de diplococi. In productele patologice, în special în puroiul din meningită, ei sunt de obiceiu intracelulari, aşezaţi fiind în protoplasma leucocitelor; de aceea, acest microb a şi fost numit la început: diplococul intracelular al meningitei; alături de formele intracelulare se găsesc însă şi forme extracelulare.

Se colorează uşor cu toate culorile de anilină; *se decolorează însă prin metoda lui Gram;* atât în puroiu cât şi în culturi, elementele microbiene nu sunt perfect egale, alături de coci mici, găsindu-se coci aproape de două ori mai mari, cari se colorează mai palid, şi cari sunt consideraţi că forme de degenerescenţă. Nu cultivă mai jos de 25°, temperatura optimă fiind de 36—37°, limita de desvoltare fiind 42°.

Cultivă dificil pe mediile obişnuite, şi nu se desvoltă, în adevăr bine, decât pe agar cu ascită, cu lichid de pleurezii cu sânge de om sau de iepure.

Pe acestea, în 24 ore, apar colonii, cari pot atinge un diametru de 3—4 m. m. şi chiar mai mult, de o consistenţă vâscoasă, alburii, mai mult transparente, cari după câteva zile au un centru mai proeminent şi periferia ceva mai brună; microscopic se văd foarte multe forme degenerate, mai multe ca în culturile de gonococi.

Turbură bulionul cu ascită în primele zile, formând şi o uşoară peliculă la suprafaţă, apoi bulionul se limpezeşte, iar microbii formează în fundul eprubetei un depozit gros, ce prin agitare se redizolvă complect.

Pe gelatină desvoltare nulă, neînsemnată în bulion simplu şi pe cartofi; cultivă în lapte fără să-l coaguleze. Vitalitatea culturilor e minimă; mai cu seamă în primele generaţii meningococul trebue transplantat chiar pe mediile cele mai favorabile în fiecare zi sau cel mult la două zile, altfel culturile ulterioare rămân sterile; după o aclimatizare pe medii cu ascită, el devine apt să se desvolte mai uşor chiar pe agar simplu, şi a putut fi transplantat astfel de Albrecht și Ghon până la a 76-a generație timp de 185 zile. Temperaturile de 65° îl distrug cu ½ oră, cea de 80° în câteva minute, cea de 100° imediat; întins pe hârtie, uscat și expus la soare sau chiar etuvă timp de 24 ore nu mai cultivă; păstrat la întuneric însă, e viabil până la 60 ore. (Councilman, Mallory și Wright). Animalele sunt puțin sensibile la injecțiile de meningococi; cel mai prielnic e șoarecele alb, care sucombă, *numai la injecțiile intraperitoneale*, (de un minus $^1/_{10}$ din o cultură pe mediu cu sânge după Bonhoff) la necropsie se găsește puțin exudat vâscos, conținând meningococi întra și extra celulari, intumescența acută a splinei, iar microbul se poate cultivà din sânge; injecțiile sub-cutane produc moartea prin intoxicație fără generalizarea microbului.

Cobaii sucombă târziu după injecții de cantități mari, iar meningococul nu mai poate fi cultivat de nicăeri; iepurele e insensibil și o singură dată Weichselbaum a reușit să l omoare prin infecție sub-durală.

Prin injecția intra-rachidiană la o capră, Councilman, Mallory și Wright, au reușit să producă o meningită tipică cu meningococi; aceiași experiență a rămas negativă, făcută fiind de Albrecht și Ghon. In urmă Kischensky a reușit să omoare șoarecele alb prin injecție subcutane, și a regăsit meningocul în canalul rachidian; mai importante dar neconfirmate sunt experiențele făcute de Busquet: introducând în nasul cobailor și iepurilor, mucus nasal cu meningococi dela soldați bolnavi de meningită, provoacă la toți maladie, și la câțiva moarte cu generalizarea meningococului și cu producerea în special a unei meningite tipice; cu mucus nasal de la aceste animale inoculând în acelaș mod alți cobai și iepuri, obține acelaș rezultat, precum și când inoculează în nas lichid cefalorachidian dela un bolnav mort de meningită cerebro-spinală.

In fine, Lepierre a reușit prin treceri succesive la cobai tineri să exalteze virulența meningococului, așà ca să producă prin injecții infinitezimale, septicemii rapid mortale. Cercetările lui însă lasă oare-care îndoială, căci microbul cu care lucrează, la început decolorabil prin Gram, după culturi repetate, formează lanțuri și se colorează prin metoda lui Gram; în treacăt amintesc că acelaș lucru l-a observat și colegul său de laborator, Pinto, lucrând cu gonococul, ceea ce l-a şi făcut să stabilească o legătură strânsă între ambii microbi, gonococul fiind un meningococ atenuat.

Deşì Concetti, şi acum în urmă Kraus, au susţinut că meningococul, după câte generaţii din Gram negativ poate deveni Gram pozitiv, totuşi Wiechselbaum, Albrecht şi Ghon, cultivând meningococul chiar 4 ani, nu au observat nici odată această modificare.

Cu această colorabilitate a meningococului prin metoda lui Gram, am atins o chestiune de o importanţă mai mult istorică, pe care o voiu rezumà cât mai mult posibil.

În puroiul meningitelor supurante, încă din 1875 Klebs a descris monadine; mai târziu Leyden, apoi Leichenstern, Bordone-Uffreduzzi, Netter, Bonome, etc., au descris diferite elemente microbiene; când Weichselbaum în 1887 descoperì meningococul, toţi bacteriologii căutară să identifice microbii găsiţi de dânşii cu meningococul, semnalând însă şi oarecari diferinţe.

Astăzi însă, când e perfect demonstrat, că pot exista meningite cauzate de pneumococ, nu numai la bolnavii atinşi de pneumonie, dar şi cu o maladie primitivă; că cocobacilul lui Pfeiffer poate produce meningite, mai ales în timpul epidemiilor de gripă, că streptococul, stafilococul, bacilul lui Eberth, colibacilul, piocianeul, fiecare singur poate produce o meningită primitivă, lucrurile s'au limpezit; e indubitabil că fiecare din cercetatorii citaţi au avut aface cu vre unul dintre microbii de mai sus. Totuşi rămâne un punct obscur: Jäger, în 1895, izolează din o meningită cerebro-spinală, un meningococ. care cultivà formând lanţuri, *unele elemente microbiane ţineau Gramul, altele nu;* după câtva timp cultivà chiar la 22°, şi rezistà în cultură uscată 96 zile; acelaşi microb a fost întâlnit se pare şi de Heubner. Müller a observat lichefiarea gelatinei, Urban îl cultivà la 20°, Kanner la 18°, Hunermann la temperatura camerii; toate acestea fac pe Pfaundler să admită existenţa a două tipuri de meningococi: 1) tip Weichselbaum, ce nu dà lanţuri, creşte greu şi nu ia Gramul; 2) tip Jäger-Heubner, face lanţuri, cultivă uşor şi ia Gramul.

Această împăcare însă pare că pierde din ce în ce terenul; cercetările lui Councilmam, Mallory şi Wright în epidemia din America și cele de tot recente: **Weichselbaum**, **Ghon**, **Westenhoeffor**, **Lingelsheim**, pe cazuri din epidemia din 905 din Silezia, arată foarte clar că meningococul ce se găsește n meningita cerebro-spinală epidemică nu se colorează prin metoda lui **Gram**, nu cultivà mai ușor decât pe medii speciale și are o vitalitate extraordinar de fragilă.

Iată un punct foarte important de reținut, și acum se poate vedeà câtă dreptate aveà **Osler**, când ziceà în 99: „cazurile în cari se găsesc numai pneumococi, pot fi cazuri de meningită primitivă, dar nu sunt cazuri de meningită cerebro-spinală.“ In adevăr, pneumococul, streptococul, bacilul lui **Pfeiffer**, chiar bacilul tuberculozei, pot da în anume momente mici epidemii, câteva cazuri; dar agentul patogen al epidemiilor mari, întinse, este meningococul lui **Weichselbaum**.

Acum, când cu ajutorul bacteriologiei, caracterele meningococului sunt așà de bine cunoscute și totuși încă se fac de câțiva cercetători rezerve, putem să ne dăm seama cât de greu este de a regăsì în mod clar și precis urmele epidemiilor ce au bântuit în Europa, bazându-ne mai ales pe semne clinice.

Prima epidemie bine cunoscută este cea din Geneva din 1805 descrisă de **Vieussens**[1]; apoi epidemii mai mici apar în Grenoble (1814), în Metz (1816), în Dorsten (Westfalia 1823), în Havre (1823).

Istoricul adevărat începe însă cu epidemia din Pyrinei de jos din 1837, consemnată în rapoartele lui **Broussais**, **Boudin** și **Tourdes**; din locul de naștere, contagiul e transportat de un regiment de cavalerie și cuprinde întâiu sudul Franței, Foix, Narbonne, Toulouse, Montpellier, Marseille, trece în centru, Poitiers, Tours, Blois, pe coastă ajunge la Brest, cuprinde răsăritul țării cu Metz, Nancy, Strassbourg, Colmar durând până în 1842; în acest moment urmele dispar în Franța, dar maladia apare în Italia în 1839 și succesiv atinge Sicilia, Calabria, Neapoli, Otrante, etc., până în 1845. Se semnalează o epidemie în Corfu în 1843 și în Gibraltar în 1844. In 1845 reapare în Franța (Avignon, Saint-Etienne, Nîmes, apoi Orleans, Metz, în Paris în 1849).

---

[1] De notat că abià în 1803, **Herpin** (din Geneva), separă în mod clar inflamația meningelor cauzată prin traumatismele capului, de encefalite și întrebuințează pentru întâia dată termenul de *meningită*.

Epidemia dispare din nou din Franţa, pentru a apare în Suedia în 1854; durează 7 ani şi face aproape 5000 de victime; în 1860—1861 sunt atinse Ţările de jos, în 1862 America (Boston, New-York), iar in 1863 apare în Germania, debutând prin localitatea Liegnitz, din Silesia; atinge Breslau, Stettin, trece în Prusia de Vest, lovind Bromberg, Dantzig, apoi în cea de Est, până la Königsberg, descinde în Weimar, în Eisenach, în 1864 atinge sudul cu Nüremberg şi apoi dispare.

In 1866 apare în Rusia, lovind Moscova, în 1867 Petersburg; se coboară în jos, atinge Peloponesul, în 1868 Atena, apoi insulele Ciclade şi Ionice, şi de acì trece în Asia minoră, atingând Ierusalimul; în 1872 apare în Canada, în 1875—1876—1877, bântue în Norvegia.

Mai importante au fost în Norvegia în 1887—1888, apoi în 1902, în America în 1898, în Germania în 1898, în Paris în 1899, în Marsilia în 1900 şi, în fine, cea recentă din Germania în 1905,

Această ultimă epidemie a făcut până la 7 Mai 1905, 900 victime din 1743 bolnavi; a debutat în Tarnowitz şi de acì s'a întins în toată Silezia superioară, mai mult spre Vest de Oder decât spre Est: s'au observat cazuri în Liegnitz, în Breslau şi Charlottenburg; epidemia s'a întins în jos, atingând partea nordică a Austro-Ungariei până în Bucovina.

E demonstrat astăzi însă că meningita cerebro-spinală a devenit o maladie endemică aproape în toate ţările; aşà, după calculele lui Kirchner în Prusia sunt anual 120—140 cazuri mortale ceeace ar însemnà aproximativ 300 de bolnavi pe an; la noi maladia e rară, în Bucureşti de abià se observă anual trei patru cazuri.

S'a observat că bântue mai mult în climatele reci, dar s'a semnalat în Indii, Sudan, Africa-de-sud; totuşi e sigur că timpul cel mai prielnic e către sfârşitul iernii şi începutul primăverii; de obiceiu vara epidemiile se sting pentru a reapare în aceeaşi localitate, în anul următor şi în aceeaşi epocă şi aşa doi, trei şi chiar patru ani succesiv.

S'au încriminat locuinţele insalubre şi mai ales în localităţile prea populate (Kirchner) dar mai probabil sunt predispoziţiile individuale. In adevăr, maladia atinge mai mult vrâsta tânără; şi în statistica lui Hirsch 25% din bolnavi erau sugaci; e foarte frecuentă în adolescenţă, şi are o dragoste deosebită pentru militari; din 57 de epidemii mai mari din Franța, numai de 11 ori a fost atinse simultan populația civilă și cea militară; în 39 de rânduri, militari singurii au fost loviți. Dintre civili preferă însă mai mult pe lucrători și în special populația rurală; în actuala epidemie din Silezia, meningita a urmat în special căile comerciale, spre vest de Oder mișcarea comercială fiind mult mai mare de cât spre est și se pare că transportul a fost făcut în special de lucrători.

S'a discutat mult dacă maladia e contagioasă, dar dela precizarea agentului patogen, nu mai există îndoială asupra contagiunei; părinții cari capătă maladii dela copii, infirmierii dela bolnavi, și chiar ciocli dela cadavre, sunt cazuri destul de probante; dar ceeace e încă foarte obscur e modul cum se transmite germenul infecțios; părerea susținută de Netter între alții că obiectele și localurile sunt mijloacele de transmisie perde din ce în ce, dată fiind slabă rezistența meningococului la agenții fizici, lumină căldură și uscare mai ales; mult mai multă probabilitate are însă contagiul dela om la om și în special prin picăturile fine ce es din gură și nas în momentul tusei și a strănutatului (Kirchner). Destul de obscură e iarăși o poartă de intrare a meningococului; dată fiind frecuența catarurilor nasale la bolnavii atinși de meningită cerebrospinală, natural că atenția medicilor a fost atrasă, și toți s'au grăbit să încrimineze cavitățile nasale ca punct de pătrundere a meningococului în organism.

La început, toți bacteriologii au găsit meningococul în nas, la bolnavi și chiar la persoanele sănătoase; nu trebue însă pusă prea multă bază, mai cu seamă atunci când meningococul a fost găsit numai pe preparate colorate, căci confuzia e foarte posibilă cu *micrococul cataral a lui Pfeiffer*;

Cultivată în 1890 întâia oară de Kirchner, studiat apoi de R. Pfeiffer a fost găsit de Ghon și Pfeiffer de 81 ori din 140 cazuri de maladii ale arborelui respirator; e un diplococ la fel cu gonococul și meningococul, cevă mai mare, *decolorabil prin Gram;* cultivă la început greu pe mediu simplu, mai bine pe agar cu sânge, apoi crește și pe agar, sub formă de colonii fine ca ale influenței cari după câteva zile devin mai gălbui și foarte aderente de mediu; la această dată coloniile nu pot fi deosebite de ale stafilococilor, dacă nu ar necesità transplantația la 3—5 zile; turbură bulionul și face depozit la fund, nu lichefiază gelatina; patogenitatea pentru animale nu e încă stabilită.

Weichselbaum şi Ghon în un articol recent, arată din nou confuzia ce se poate face între meningococ şi micrococul cataral şi insistă asupra necesităţii culturilor pentru stabilirea diagnosticului; prin culturi au găsit însă meningococul în nasul bolnavilor, mai rar în nasul persoanelor din vecinătatea bolnavilor sau la persoane străine, indemne de catar.

Cifre interesante din ultima epidemie ne dă Lingelsheim; la 635 bolnavi, a găsit meningococul de 146 ori în nas; la 30% a dispărut în primele zile, la 50% în 10—14 zile şi la 10% a persistat cu toate gargarismele şi pensulaţiile timp de 6 săptămâni; în un singur caz a persistat 3 luni; de remarcat e că 1) flora erà cu atât mai abundentă, cu cât examenul erà făcut mai aproape de debutul maladiei; 2) cu cât tamponul erà introdus mai în fund, până în faringe de erà posibil, ceeace face pe Lingelsheim să creadă că locul de predilecţie a meningococului e faringele superior şi poate şi cavităţile posterioare ale nasului.

Examinând 213 persoane din familia bolnavilor, l-a găsit de 23 ori; din 40 de cunoscuţi ai bolnavilor, numai 3 purtau meningococul; la 6 medici şi 30 de infirmieri, în contact cu bolnavii nu s'a găsit germenul nici odată.

A examinat şi 54 copii de şcoală, şi a găsit meningococul numai la 4, *cari toţi locuiau în o casă unde fusese meningită.* Pe de altă parte, din 274 de lichide cefalorachidiane dela meningitici, a găsit de 160 ori meningococul, de 26 ori lichid steril, de 88 ori diverşi microbi: strepto, stafilo, pneumococi, alţi coci cu Gram pozitiv şi Gram negativ, bacili. El conchide că meningococul pătrunde prin inhalaţie, că nu e un agent banal, producând cataruri nasale, căci el dispare repede şi că adesea ori din lichidul cefalorachidian nu mai cultivă, fiind probabil mort.

Se mai poate trage încă o concluzie: în timp de epidemie nu ori şi ce meningită e numai decât epidemică, că poate fi cauza şi de alţi germeni.

Că meningococul poate pătrunde prin nas, şi că poate da chiar catar, e lucru cert; rinita pe care o capătă Kiefer lucrând cu meningococul, are valoarea unui fapt experimental; dar de aici drumul la creer e foarte obscur; s'a bănuit trecerea prin etmoid prin limfatice; Weigert e întâiul care a observat-o pe piese anatomice; cercetările recente ale lui Westenhoeffer care arată că din 29 de autopsii, nasul anterior e liber, pe când nasofarinxul e atins; că în 70% urechia, în 10% sinusul sfenoidal, și numai odată cel etmoidal, ar pledà pentru pătrunderea germenelui prin sfenoid, în lungul vaselor nutritive, imediat sub șeaua turcească fapt ce ar concordà și cu fenomenele oculare precoce în meningita cerebro spinală.

Cu toate că astăzi sunt cazuri sigure de prezența meningococului în sânge, chiar Weichselbaun și Ghon, cari puneau la îndoială, aduc un caz de endocardită vegetantă, din cauza rarității lor în torentul circulator nu se admite infecția organismului pe cale sanguină; Radmann, bazat pe observațiunile anterioare ale lui Schröder și ale lui personal de tumefacția aparatului limfatic intestinal și anex, crede că infecția se face tocmai în acest mod, și că sunt cazuri cari se pot vindecà fără a face meningite; de altfel mai face încă reflecția că dacă microbii pătrund atât de ușor din nas în craniu și meningitele ar trebuì să fie foarte frecuente în rugeolă și scarlatină, dată fiind infecția energică a nasofarinxului, lucru ce însă e departe de a fi adevărat.

Dacă nu știm încă sigur pe unde pătrunde meningococul sub duramater, în schimb cunoaștem foarte bine leziunile ce sunt produse de el, în special asupra axului cerebro spinal.

Dacă maladia a avut un mers supra acut, de câteva ore nu se găsește decât iperemie intensă a meningelor cu câtevà mici focare hemoragice, venele pieii sunt turgescente, iar la bază, în chiasma optică se observă o ușoară turbureală; dacă maladia durează ceva mai mult, apare un exsudat în lungul venelor mai întâiu limpede, care până în 36 ore devine în mare majoritate a cazurilor lactescent; pe măsură ce se lungește durata maladiei, exsudatul devine din ce în ce mai opac, purulent; în aceste momente, tot axul cerebro spinal e învelit cu un strat de puroi galben verzui, cremos; exudatul purulent ocupă de preferință convexitatea hemisferelor, putând formà o adevărată calotă sau numai plăci izolate; e mai discret la bază și bulb; măduva cervicală și mai ales cea lombară, cea dorsală mai puțin, sunt înconjurate de o teacă purulentă, mai groasă către partea posterioară; meningele au perdut aspectul lustruit, piamater în special e îngroșată, opacă, infiltrată fiind de leucocite. Corespunzător leziunilor dela suprafață se observă leziuni ventriculare; iperemia plexurilor choroide, exsudat ventricular abondent, seropurulent în interiorul căruia plutesc flocoane sau chiar falşe membrane purulente.

Substanţa cerebrală e iperemică; la început nu pare prea mult alterată, mai târziu se observă focare necrobiotice, urmate de ramoliţie corespunzând mai ales punctelor mai puternic inflamate, abcese în profunzime şi într'un târziu şi proliferaţie nevroglică.

Descripţia aceasta este în total general, şi abaterile sunt foarte numeroase; transformarea purulentă se poate face cu mult mai repede, după cum iarăşi exsudatul poate rămânea numai lactescent sau abià turbure.

Dela 2 săptămâni dela debutul maladiei încep să se observe schimbări regresive; plăcile purulente încep să se limiteze, să devie alburii, să scadă; piamater începe să-şi reià transparenţa; tensiunea intrarachidiană scade, lichidul cefalorachidian devine iar limpede şi o restituţie ad integrum este posibilă; fenomenele acestea sunt mai acuzate la convexitate, pe când la bază vindecarea ce face mai greu.

Dacă maladia durează peste 7 săptămâni, fenomenele acute au dispărut; dura mater e intensă, pia relativ transparentă, emisferele bombează, putând chiar să plesnească în momentul scoaterii calotei; ventriculii sunt dilataţi prin licid cefalorachidian abundent, iar substanţa cerebrală, palidă, exsangua.

In al doilea rând e prins aparatul limfatic, ganglionii cervicali mai ales (Westenhoeffer), apoi cei mezenteriali; foliculii solitari sunt măriţi, plăcile lui Peyer turgescente; se observă în regulă intumescenţa acută a splinei, iar la cele alte organe nu se găsesc decât leziunile obişnuite infecţiilor grave.

De notat sunt încă unele complicaţii ce pot surveni: artrite, endocardite, pericardite, pneumonii sau bronchopneumonii, otite, cari pot fi cauzate chiar de meningococ, mai des însă de infecţii secundare: de streptococ, stafilococ, pneumococ, etc; de altfel chiar în lichidul cefalorachidian se pot găsi în unele cazuri pe lângă meningococ unul din microbii citaţi, ca agenţi supra adăogaţi.

Din toate leziunile anatomopatologice, aceea a cărei cunoaştere are o mare utilitate practica, este modificarea lichidului cefalorachidian. De când Quicke (1890) a introdus puncţia lombară şi apoi

Widal, Sicard și Ravaut citodiagnosticul, clinica a câștigat un nou element prețios; în adevăr prin puncție lombară, (¹) putem în orice moment în timpul vieței să ne dăm seamă de schimbările petrecute în interiorul canalului rachidian; observațiile repetate au arătat că lichidul cefalorachidian urmează foarte de aproape alterațiunile meningelor; la început el e ușor turbure și conține câtevà leucocite polinucleare, mai târziu devine seropurulent, și chiar franc purulent, de abia scurgându-se prin orificiul acului; microscopicește el conține aproape exclusiv leucocite polinucleare, contrar cu meningitele tuberculo-se, unde e mult mai puțin turbure și nu conține decât limfocite; în momentul când bolnavul își face criza, apare o mononucleoză.

In acelaș timp, prin o colorație cu albastru de metilen și alta după Gram, se poate constatà prezența meningococului și încă mai mult, însămânțându-se lichidul, se pot obține culturi; se poate întâmplà însă, ca meningococul să nu cultive, chiar pe mediul cu ascită, mai cu seamă dacă maladia a durat mai mult, fie că a pierdut puterea de viabilitate, fie că poate e modificat fără a fi mort și nu mai e apt să cultive (Weichselbaum și Ghon); se poate întâmplà însă ca meningococul, fiind foarte rar să nu fie găsit nici prin examenul microscopic; în cazul acesta Lingelsheim a încercat aglutinarea culturilor de meningococ, prin serul bolnavilor suspecți și a obținut aglutinare 1:10 de 146 ori, 1:25 de 86 ori, 1:50 de 30 ori, 1:100 de 8 ori și 1:200 o singură dată, serul oamenilor normali sau dela bolnavii de alte maladii ne aglutinând în proporție de 1:10.

Din punct de vedere al prognosticului însă, examenul lichidului cefalorachidian nu are absolut nici o valoare; abundența microbilor și a leucocitelor, nu comportă un prognostic fatal; s'a văzut murind pacienți cu exudat aproape limpede și foarte puțini menigococi și vindecându-se bolnavii cu microbi extrem de abundenți și exsudat purulent; se pare însă că la bolnavul, care se vindecă, meningococii intracelulari devin din ce în ce mai rari,

---

(¹) Reamintim că puncția se practică între a 4 și 5 vertebră lombară, sau între a 5-a și sacrum după ce se apleacă bolnavul înainte spre a mări cât mai mult spațiul intervertebral; după antisepsia regiunei, se înfige un ac de Pravaz mai gros lung de 5—7 cm. până când lichidul cefalorachidian apare.

rămânând aproape toţi în afară de celule, şi acest semn se poate interpretà până la un punct în favoarea bolnavului.

Paralel cu leziunile supurative s'a observat şi o îmulţire a polinuclearelor din sânge, numărul total al leucocitelor atingând 40.800, în a 3-a zi a maladiei (Osler). De obiceiu însă leucocitozele nu sunt aşà de intense, numărul total al gobulelor albe variând între 12 şi 25.000 pe milimetru cub.

* * *

Simptomatologia meningitei cerebro spinale epidemice, este foarte bogată, dar în acelaşi timp şi foarte variată, după cum atinge diferitele vârste şi după cum evoluează mai repede sau mai încet şi tocmai aceasta face dificil o descriere schematică.

Semnele cardinale ale tuturor meningitelor, cefalalgiile, vărsăturile şi constipaţia, se observă aproape totdeauna la început. Cefalea e persistentă, adesea atroce, smulgând ţipete de durere, (turbaţi din cauza durerii, zice Tourdes). Vărsăturile la început alimentare, devin mai târziu bilioase şi pot dispare repede, pentru a revenì la cea mai mică încercare de alimentaţie, sau imediat ce bolnavul cearcă să ridice capul de pe pernă; ele pot dispăreà definitiv după câteva zile de maladie, dar şi pot persistà indefinit, devenind un adevărat pericol pentru bolnav prin inaniţia, ce provoacă (Leyden). Constipaţia nu e aşà de tenace ca în meningita tuberculoasă şi cedează uşor la purgative.

Când debutul e lent, ceea ce e mai rar, pacienţii acuză adesea rachialgii, une ori destul de violente, dureri mai cu seamă în membrele inferioare şi localizate cu deosebire în jurul articulaţiilor mari; în aceste cazuri se pot observà inapetenţă, schimbări de caracter, tendinţă spre melancolie şi mai rar agitaţie, nelinişte.

De obiceiu însă, debutul e brusc, dramatic; maladia loveşte pe individ, în special pe adult, în momentul când se scoală din somn, sau în plină ocupaţie şi se trădează printr'un fior violent, temperatură înaltă, cefalalgii puternice însoţite de vărsături. Fenomenele psihice se traduc prin delir, foarte adesea violent, une ori necesitând cămaşa de forţă; bolnavii ţipă, sbiară şi de abià dacă opiul şi băile calde pot aduce puţină linişte.

Odată cu acestea, instalată fiind perioada de excitaţie, apar convulsiunile, localizate sau debutând printr'un membru, spre a se generalizà la toate, sau luând forma monoplegică, hemi sau paraplegică; printre primele se observă însă cele localizate la faţă şi la ochi, trismus, râs sardonic, scrâşniri din dinţi, mişcări de sugere, nistagmus.

Strabismul e de obiceiu precoce şi aproape constant; alături de el se observă rigiditate pupilară, însoţită de inegalitate, de ptoza unei pleope, fenomene ce pot persistà mult timp, sau putând dispare în câteva ore spre a reveni mai târziu.

Foarte repede apar contracturile: printre primele se prinde mai totdeauna ceafa care devine ţeapănă şi dureroasă; orice mişcare provocată, smulge strigăte de durere bolnavului, şi adesea rigiditatea întinzându-se şi la muşchii spatelui, bolnavul poate fi ridicat ca dintr'o bucată. Contracturile ocupă de obiceiu flexorii, şi în special pe cei ai membrelor inferioare, constituind semnul lui Kernig, semn important şi aproape constant în meningitele cerebro-spinale; el pare a fi datorit tocmai iritaţiei puternice a meningelor spinale şi se traduce prin flexiunea gambelor pe coapsă la încercările de flexiune ale coapselor pe trunchiu.

Contracturile pot ocupà muşchii feţei şi mai rar pe cei ai faringelui, producând imposibilitatea de a înghiţì chiar lichidele.

In această perioadă se observă mai totdeauna hiperestezii cutanate, mai cu seamă toracice şi abdominale şi în special fotofobie, care forţează pe pacient să ţie ochii închişi şi să-şi întoarcă faţa de la lumină.

In aceste momente aspectul bolnavului e destul de caracteristic; expresia figurii e indiferentă, la copii şi la bătrâni mai cu seamă, intelectul e leneş, pacientul urmăreşte cu dificultate pe cei dinprejur şi răspunde greu şi anevoe la întrebari, pare mai mult nemulţumit decât supărat şi întors cu spatele spre lumină, cu ochii închişi, ia în pat poziţia specială în cocoş de puşcă, poziţie provocată de contractura flexorilor membrelor inferioare, care nu e decât o variantă a semnului lui Kernig; de notat că simţurile sunt bine conservate, auzul şi văzul în special, nedispărând decât atunci când creerul singur încetează de a mai funcţionà.

Perioadei de excitaţie în meningita cerebro-spinală, îi urmează însă o scurtă perioadă paralitică, contrar deci meningitelor tuberculoase; paralizile apar mai cu seamă în cazurile cu sfârşit fatal, caracterizate prin relaxarea tutulor muşchilor şi a sfincterilor chiar; între altele ceafa, care la început erà lemn, devine flască şi moale ca o cârpă; mai des se observă paralizii faciale, cari prin deviarea gurii şi ptoza pleoapei, dau un aspect cu totul asimetric figurii. Respiraţia, care la început erà accelerată, dar regulată, tinde a se rări; se observă disociaţii între respiraţia toracică şi cea diafragmatică (Fosse), când intercostalii, când diagfragmul, fiind contractaţi rând pe rând, oftaturi adânci, suspinuri, şi mai rar, către sfârşit, ritmul respirator Cheyne-Stokes sau Kussmaul-King.

Pulsul frecuent şi plin la început devine mai rar şi dur în perioada contracturilor, pentru a devenì iarăşi frecuent şi aritmic în cazurile fatale fenomene datorite poate excitaţiei vagului în primul caz, paraliziei lui în ultimul, dar mai bine măririi presiunii intra-rachidiane (Duret).

In afară de astenia vaso-motorilor, traduşi prin dunga meningitică a lui Trousseau, se mai observă încă exanteme urticariene, morbiloase, scarlatiniforme, uneori discrete, localizate împrejurul articulaţiilor, alte ori confluente, chiar petechiale; foarte des s'a notat herpesul. Maladia este totdeauna însoţită de febră, care în cazurile grave atinge 40° şi chiar 41°. In cazurile subacute numai 37^5, 37^8, 38^0, luând forma continuă sau intermitentă cu exacerbaţii vesperale.

Acestea sunt în trăsături generale simptomele meningitei cerebro-spinale: simptomele nu sunt însă totdeauna la complect, şi după predominenţa unora din ele, aspectul maladiei e aşà de diferit, în cât poate da loc la grave erori de diagnostic.

La copii mici, sugaci în special, se observă o formă eclamptică, caracterizată prin predominenţa şi persistenţa convulsiunilor; bombarea fontanelelor din cauza tensiunii intra-rachidiane e un bun semn; la adulţi s'a descris o formă hemiplegică, care a debutat, fie printr'o hemiplegie francă, fie printr'o pareză a unuia sau mai multor membre, care progresând, a devenit o adevărată paralizie. In cazurile de infecţie gravă, meningita imită febra tifoidă prin prostraţia profundă a bolnavului, prin limba uscată şi saburală, prin diarea şi balonarea abdomenului. Dar forma asupra căreia s'a insistat mai puţin şi care totuşi e foarte importantă, e forma exantemo-petechială; din cauza tocmai acestor exanteme, mai cu seamă când sunt petechiale, şi însoţesc o stare tifică gravă, s'a confundat meningitele cerebro-spinale epidemice cu scarlatina, rugeola și în special cu tifosul exantematic; lui Nimayer îi revine meritul de a fi arătat în 1865 cu preciziune meningita, ce se ascunde sub masca maladiilor exantematice, greșeală comisă mai cu seamă de clinicianii francezi, din cauza comunității unora din fenomenele cerebrale ale acestor maladii. Aceste exanteme pot fi observate, atât ca fenomene de debut, cât și în decursul maladiei.

Mersul e foarte variabil; câte odată abià durează câteva ore, constituind forma fulgerătoare a maladiei; bolnavul succombă repede in delir acut, ca atins de o manie și la necropsie nu se găsește decât o congestie întinsă a meningelor, însoțite câte odată de edem, în care culturile descoperă micrococul specific. De obiceiu maladia urmează un mers acut, 7—10 zile, fie că se termină prin moarte sau prin vindecare și mai rar un mers subacut, durând una, două, trei și chiar 8 luni; forma subacută în special poate fi întretăiată de remisiuni și s'ar confundà astfel cu o adevărată febră palustră, dacă țepeneala cefei, semnul lui Kernig persistent, și câteva fenomene oculare nu ar da-o de gol. E foarte interesant de notat că aceste remisiuni, cari dau atâtea speranțe medicului și familiei, caracterizate prin scăderea temperaturei, crize sudorale și urinare, urmate imediat de ascensie termică și agravarea simptomelor, pot fi numeroase, fără ca prin acestea prognosticul să fie mai întunecat.

Mai rar se observă forma ambulatorie, în care pacienții aproape nu se plâng de nimic; câteodată, grație câtorva simptome, se face o puncție lombară, și se extrage lichid turbure, sau chiar puroi; mai des însă maladia trece absolut nebăgată în seamă, și bolnavul succombă brusc; la necropsie se găsește tot creerul și în special convexitatea acoperită de un strat gros de puroi verzui, cremos și medicii rămân surprinși de marea tolerență, ce au arătat-o centrii nervoși la acest enorm proces inflamator, netrădând suferința lor, prin simptome ceva mai alarmante.

Acest mers absolut neregulat ne indică și prognosticul absolut rezervat deși dintre toate meningitele infecțioase, dânsa omoară cea mai puțin; totuși mortalitatea este foarte ridicată, cam 50%; variază însă și după epidemii; așà epidemia din Aigues mortes a dat 75% mortalitate, cea din Suedia numai 25%, cea actuală din Germania aproape 60%; în afară de mortalitate ridicată, trebuesc luate în consideraţie şi complicaţiile, ce survin în decursul maladiei, ca nefrite, pneumonii, artrite, otite etc, şi cari evoluiază de altfel ca orice complicaţii în decursul unei infecţiuni, întunecând adesea prognosticul; de remarcat e şi constanţa unei aceleaşi complicaţii în decursul unei epidemii: aşà unele sunt însoţite numai de pleuro-pneumonii, altele numai de artrite, începând dela cea uscată şi ajungând la cea purulentă.

In fine mai e o complicaţie asupra căreia trebue insistat în special: sunt vărsăturile; ele pot persistà, sau după ce au dispărut, să apară din nou, şi să devie atât de violente încât să pericliteze ele singure viaţa bolnavului; şi în aceste cazuri pacientul, nenutrindu-se, devine un adevărat schelet şi sucombă prin inaniţie; în aceste cazuri se va căutà prin ori ce mijloc, opiu, cocaină, ghiaţa etc., să se oprească vărsăturile, să se încerce alimentarea prin sondă, pe cale bucală, pe cale rectală.

Pe de altă parte, trebuesc luate în consideraţie leziunile sau mai bine infirmităţile, ce lasă după dânsa meningita cerebro-spinală, când maladia se termină prin vindecare. Resorbţia exsudatului purulent, restituţia ad integrum se vede de multe ori; foarte des însă pacientul rămâne cu amaurose, surzi sau surdo-muţi; (unii otologişti cred, că meningita cerebro-spinală dă cel mai mare număr de surdităţi mai ales la copii); alteori sunt fenomenele de compresie cerebrală cari persistă: insomnie, agitaţie, prostraţie, contracturi, cari toate uneori cedează unei puncţii lombare copioase, alte ori însă se termină prin moarte, cu tabloul unei hidrocefalii acute, a cărei apariţie ar fi decelat-o poate numai un examen al fundului ochiului, prin staza papilară semnalată de Quincke.

In trăsături generale se poate spune că dispariţia cefalalgiei, căderea temperaturii, dispariţia contracturilor coincidând cu starea generală bună, sunt de un fericit augur; totdeauna trebue însă rezervat prognosticul, căci adesea după remisiuni înşelătoare, apare din nou febra, contracturile etc., şi pacientul sucombă neîntârziat; une ori se observă chiar mai multe remisiuni. dar însă nici aceste remisiuni repetate nu comportă totdeauna un prognostic absolut fatal.

Aritmia, însoţită de prostraţie profundă, de balonarea abdomenului, de diaree, de slăbirea tonusului ocular, de apariţia de eroziuni corneane însoţite de turburarea ei, sunt de cel mai rău augur; moartea nu va întârzià să pună capăt maladiei.

Diagnosticul meningitei cerebrospinale câte odată foarte lesne, de multe ori e destul de greu de făcut; în genere, se diagnosticează meningita, mai cu seamă când sunt semne suficiente, dar clinica e aproape neputincioasă să deosibească natura patogenă. Fără îndoială debutul brusc, delirul violent, temperatura înaltă, semnul lui Kernig net, toate vor pledà pentru o inflamaţie acută a meningelor, care însă poate fi produsă tot aşà de bine de pneumococ, de strepto, stafilo sau meningococ, luând bine înţeles ca normă că majoritatea cazurilor de meningită tuberculoasă au un debut insidios şi un mers mult mai lent.

Se pot lua în consideraţie existenţa unei pneumonii anterioare sau concomitente pentru a stabilì cliniceşte că e o meningită cu pneumococi, existenţa unei influenţe, pentru a bănuì bacilul lui Pfeiffer, ca agent cauzal, al unui erizipel pentru streptococ, dar numai puncţia lombară, şi după unii nu totdeauna, prin citodiagnostic şi culturi ulterioare ne poate da deslegarea problemei.

La puncţia lombară nu trebue să se recurgă numai pentru stabilirea agentului patogen, dar mai ales în cazurile dubioase, în acele cazuri de convulsiuni la sugaci şi la copii mici, cari pot fi considerate ca de natură intestinală, în cazurile cari imită febrele eruptive sau tifosul exantematic, cu un cuvânt în toate cazurile în care este bănuială de o leziune meningeană.

Tratamentul meningitei cerebrospinale este din cele mai simple şi din cele mai ineficace; ceva specific şi sigur nu există.

Băile calde, introduse de Aufrecht, combătute de Leyden, par să deà cele mai bune rezultate calmând durerile şi fenomenele de excitaţie; e foarte uşor de întrebuinţat la copii, mai greu la adulţi unde pot fi înlocuite cu folos prin aparatele cu aer cald, ce se pot adaptà patului, în care zace bolnavul.

Leyden recomandà chinina cu antitermic: s'au întrebuinţat fricţiile mercuriale pe coloana vertebrală, calomelul în doze fracţionate, Ruhemann laudă iodatul de sodiu (Na 0^3 Io) la interior şi chiar în injecţii intrarachidiene, medicaţii, cari au variat ca efect după medic şi bolnav.

De reţinut sunt însă: punga cu ghiaţă pe cap, şi apoi opiul şi morfina, cari însă nu fac altcevà decât să aline suferinţele;

baza tratamentului însă va fi tonicele şi alimentaţiunea îngrijită, cari la un loc susţinând forţele bolnavului, îl fac să reziste infecţiunii.

Un tratament îndrăsneţ, ce pare că se adresează direct maladiei a fost indicat în Franţa; după puncţie lombară, şi după spălături cu o soluţie fiziologică de sare, mai cu seamă în cazurile de supuraţii intense, se injectează în rachis, 12—18 cm. la adulţi, 3—9 cm. la copii din o soluţie a Lysol 1⁰/₀; injecţiile se vor repetà în fiecare zi până la obţinerea sterilităţii lichidului cefalorachidian, ceeace se întâmplă în câteva zile.

Franţa asigură că injecţiile sunt nepericuloase şi puţin dureroase; între a 8 şi 10 zi dela prima injecţie, apare o coloraţie galbenă a mânilor şi tălpilor, urmate de o puternică descuamare.

Cu acest tratament, din 58 de bolnavi, iau murit 17 (29,3⁰/₀ mortalitate), pe când cu tratamentele cunoscute din 47 de bolnavi a pierdut 30, (63,8⁰/₀ mortalitate).

A încercat şi sărurile de mercur, (cianur de mercur. 0.001 pe injecţie) dar din 9 bolnavi a pierdut 6 (66,6⁰/₀ mortalitate); el susţine că a obţinut pe lângă reducerea mortalităţii şi scurtarea însemnată a duratei maladiei, diminuărei recăderilor, dispariţia rapidă a diplococului din lichidul cefalorachidian, şi chiar diminuarea consecinţelor (paralizii, surdităţi amauroze, etc.).

Cât priveşte fenomenele de compresie ce survin în declinul maladiei, cefalalgii, subdelir, halucinaţii, înţepeneala cefei, persistenţa semnului lui Kernig, cât timp nu ţin de o adevărată perturbare în secreţia lichidului cefalorachidian, sunt minunat modificate prin una sau mai multe puncţii lombare, medicul conducându-se de persistenţa fenomenelor, de aspectul lichidului şi mai ales de augmentarea tensiunei intrarachidiene, tradusă prin puterea de eşire a licidului cefalorachidian, în jet continuu.

Dr. S. Irimescu.

PROFILAXIA PALUDISMULUI

(URMARE și FINE)

V.

Rezultatele bune s'au accentuat în anul următor. In 1904 n'au mai fost în Ismailia, în primele 7 luni, decât 32 cazuri de recidive și nici un caz nou.

Petrolizarea apelor stătătoare, dacă s'ar puteà executà absolut complect, ar fi, prin urmare, unul din procedeele cele mai eficace de profilaxie paludică.

Chiar însă fără pretenția de a distruge toate larvele, eficacitatea acestui procedeu e incontestabilă. Facilitatea de multiplicare a țânțarilor fiind prodigioasă, cu fie-care larvă distrusă în primăvară, se împedică desvoltarea a 31 milioane de anopheles, fiind dat, că o femelă de anopheles, depune în mijlociu 150 ouă, după ce a fost fecundată și că sunt 4 generații, cari se succedă în cursul verei. (Kerschbaumer, (98) Blanchard) (7).

Raza pe care se va face această petrolizare, n'are nevoe se fie prea întinsă, de oarece din studiul biologiei țânțarilor, rezultă că sborul lor se face la distanțe mici. Stephens și Cristophers (195, 196) relatează, după observații minuțioase, că anophelii sboară la distanțe de câteva sute de metri și nu de 10—15 kilometri, cum susțineau unii autori.

In Sierra Leone, centrul orașului Freetown nu e infestat de țânțari, pe când în împrejurimi, la distanță numai de 400—700 metri, anophelii sunt foarte numeroși. In India, satele situate la un kilometru de mlaștine, au indicele epidemic (proporția copiilor cu sânge parazitat) de 0—5%, în loc de 50—70%, ca în localitățile din vecinătatea imediată a mlaștinelor.

Sergent, (202) după observații făcute în Algeria, admite și el că anophelul nu sboară mai departe de cât, $1^1/_2$—2 kilometrii.

Toate aceste observaţiuni asupra sborului aşa de limitat al ţânţarilor, explică pentru ce epidemiile de malarie rămân de obicei strict limitate, la focarul lor.

Exemplele sunt numeroase, ca se dovedească că malaria nu se propagă departe în nici o direcţie.

Aşa la Sinigaglia, Marchiafava şi Spadoni, au arătat că numai la locuitorii caselor din apropierea canalului, care leagă fluviul Missa cu marea, se observă cazuri de paludism, pe când la cei din casele puţin mai depărtate, starea sanitară e excelentă.

Vapoarele ancorate în mare, lângă coaste foarte impaludate nu sunt expuse la paludism. In delta Tibrului, la Fiumicino, o localitate foarte malarică, sunt mulţi locuitori, cari dorm în bărci, pe mare, ca se scape de friguri.

Un exemplu tipic pentru distanţa mică la care se propagă paludismul, îl aduce Tommasi-Crudelli, cu păzitorii faimosului templu antic dela Girgenti. Din cauza mlaştinelor de lângă templu, numai păzitorii cari locuesc în casele din imediata sa apropiere, sunt impaludaţi, pe când cei cari ocupă locuinţe ceva mai sus ridicate, rămân feriţi de frigнri.

In direcţie verticală, malaria se propagă şi mai puţin. Pentru a se apără de friguri, locuitorii regiunilor malarice dorm în arbori sau în locuinţe clădite pe stâlpi, la o înălţima mică, d'asupra pământului.

In maremele pontine şi în campania romană se văd multe locuinţe de felul acesta, unele datând din evul mediu şi clădite pe ruinele coloanelor din monumentele antice. Exemplul oraşului Norma, aşezat pe o stâncă şi indemn de paludism, deşi la poalele stâncii oraşul Nimfa, în evul mediu înfloritor, e astăzi abandonat şi în ruine din cauza malariei, arată în mod evident că în direcţie verticală, paludismul are o rază de difusiune foarte mică.

Kerschbaumer citează exemple de locuinţe din Rovigno, unde nu se găsesc de loc ţânţari, graţie faptului că sunt situate la o înălţime mică — 5 metri — deşi la o distanţă numai de 150 metri de regiuni, unde ţânţarii sunt o adevărată plagă.

Pentru a cità un exemplu pe care l-am putut observà prin mine însu-mi, în campania antipaludică pe care am făcut-o în 1904, am constatat că, pe când în satul Frăsinet ţânţarii erau extrem de numeroşi, şi cazurile de malarie în anii anteriori fuseseră foarte frecuente, în cătunul vecin, Noua Văcăreasca, situat numai la $2^1/_2$ kilometri de Frăsinet şi de mlaştinele de acolo, anophelii şi cazurile de paludism erau în general foarte puţin numeroase.

Dacă am enumerat toate aceste observaţiuni, e ca se arăt că epidemiile de malarie sunt absolut locale, aşà încât petrolizarea mlaştinelor, fiind dat zborul limitat al ţânţarilor n'are nevoe să se execute la distanţe mari, pentru a ferì o localitate de malarie.

Transportul pasiv al ţânţarilor e şi el limitat şi vântul, contrariu părerilor acreditate altă-dată, nu intervine în diseminarea anophelilor. După cum am spus mai sus, sunt alte specii de ţânţari, cari sunt transportate prin vânt: Chironomus Meigen şi mai cu seamă Simulia Columbaczensis, care invadează câte odată în nori deşi câmpiile Ungariei.

Anophelul, insectă delicată, stă ascuns în serile când bate vântul.

Un alt mod de diseminare al ţânţarilor e graţie diferitelor mijloace de transport ale omului: animale, trăsuri, etc. In oraşul Norma a isbucnit o epidemie de malarie în Octomvrie 1899, pe care Grassi (76) o pune în legătură cu ţânţarii, cari se văd urmărind numeroasele trăsuri, cari urcă dela staţia de drum de fer, la Norma şi la Sezze.

Cropper (47) raportează din Palestina, că împreună cu apa din cisterne, larvele pot fi transportate destul de departe. Aşà se explică producerea malariei la distanţe de mai mulţi kilometri, dela un focar de ţânţari.

Locomoţiunea această pasivă deşì se poate întinde la distanţe mari, rămâne totuşi sporadică şi nu poate explicà decât cazuri izolate de malarie, nu însă eclosiunea de epidemii mai mari.

Petrolizarea apelor stătătoare, făcută pe o rază de cel mult un kilometru dela o localitate pe care voim s'o apărăm de paludism, e prin urmare suficientă, când e executată cu toată îngrijirea necesară.

Cum anophelul nu se desvoltă de obicei în mlaştinele mari sau în eleştae, ci mai mult în colecţiile mici de ape stătătoare, petrolizarea ca se fie eficace n'are nevoie să se facă, pe suprafeţe de ape prea întinse.

Ceea ce e mai greu de realizat e descoperirea tuturor colecţiilor de apă stătătoare, de oarece în cele mai mici cantităţi de apă, cum sunt cele cari se găsesc în foile arborilor, în ciobu-rile asvârlite, etc., anophelul îşi poate depune ouăle, ca se deà naştere la numeroase larve.

Instituirea brigadelor contra ţânţarilor (mosquito-brigades) după modelul celor întrebuinţate în Cuba şi Ismailia, reclamă cheltueli mult prea mari, ca se fie introdusă pretutindeni.

La San Antonio (Texas) elevii şcoalelor sunt grupaţi în brigade, pentru distrugerea larvelor de ţânţari, stegomyia şi anopheles (125).

In ori ce caz limitarea profilaxiei paludismului, la petrolizare, e aleatorie, afară numai dacă nu e executată cu mijloace financiare suficiente, cum s'a făcut la Ismailia şi în coloniile engleze, aşà încât distrugerea larvelor să se poată întreprinde în mod riguros, în toate colecţiile de ape stătătoare.

Logan Taylor (213) pentru combaterea malariei la Freetown a avut la dispoziţie, ca sumă preliminară 25.000 fr. La Ismailia într'un singur an s'a cheltuit 125.000 fr. (176) După Watson (223) campania dela Klang a costat 80.000 fr. şi cea dela Port Swettenham 210.000 fr, numai în primul an.

Mac Gregor (175) pentru Lagos a cheltuit 250.000 fr. pe an.

Mijloacele de distrugere a larvelor, dacă nu sunt aplicate pe o scară intinsă nu dau rezultate sigure şi insuccesul dela Mian Mir (India), care a făcut atâta sgomot în Englitera, deşi campania antimalarică fusese condusă de oamenii experimentaţi ca James şi Cristophers, (97) e datorit tocmai faptului, că s'a făcut cu resurse financiare, prea modeste.

Pe litoralul Austriac în experienţa întreprinsă de Lenz (117) în insula Brioni şi în împrejurimile fortului Barbariga s'a confirmat din nou, dificultatea de a asanà o localitate paludică, prin petrolizarea mlaştinelor.

Numai când s'a asociat petrolizarea cu profilaxia chininică s'a reuşit, să se obţină o reducere simţitoare a numărului malaricilor.

E dovedit pe de altă parte, că o distrugere absolut complectă a larvelor, e aproape imposibilă.

In localităţile astăzi indemne de paludism, anophelii pot se fie încă destul de numeroşi (Celli, Gasperini: Paludismo senza malaria (28). Ceeace lipseşte în aceste localităţi e individul impaludat dela care anophelul infectându-se ciclul de desvoltare al hematozoarului, se fie reconstituit. Starea sanitară a acestor regiuni e însă precară. In Olanda, de exemplu, unde paludismul diminuase, o recrudescenţă s'a produs în ultimii ani (Schoo) (197).

Petrolizarea prin urmare, oricât de bun ar fi procedeul acesta pentru distrugerea larvelor, nu poate fi utilizată, ca mijloc exclusiv, de profilaxie paludică, decât atunci când mlaştinele sunt limitate (Ismailia) şi când se pun la dispoziţia igienistului şi inginerului sanitar, mijloace financiare suficiente.

E mult mai bine, după cum recomandă astăzi majoritatea autorilor ca petrolizarea se fie asociată, cu profilaxia chininică, deoarece în cazul acesta chiar fără, să se execute absolut riguros, dă rezultate destul de bune.

VI

Trec acum la dezvoltarea celui de al IV-lea punct din profilaxia paludismului: împedicarea evoluţiei parasitului la oamenii, cari au fost înţepaţi de anophelii infectaţi.

Mijlocul cel mai sigur de profilaxie paludică, ar fi vindecarea tuturor malaricilor, pentru ca astfel anophelul, se nu mai aibă, de unde să se infecteze

In paludism însă ca şi în alte afecţiuni e mult mai greu de tratat, decât de prevenit boala.

O cură chiar prelungită, făcută cu toată îngrijirea necesară şi după toate regulele unui bun tratament, nu pune la adăpost de recidive.

Aceasta nu înseamnă, de alminteri, că recidivele sunt fatale.

Experienţele făcute în ultimii timpi, arată din contra diminuarea numărului lor, atunci când malaricii s'au supus, la un tratament sistematic.

Cum în ori ce epidemie de malarie, ca regulă generală, numărul cazurilor de recidive e mult mai mare decât al cazurilor primitive, nu e inutil se insist puţin asupra acestui punct.

Aşà în 1902 la Grosseto, Pasquini şi Giorgi (162) au avut în urma unui tratament intensiv 7.31% recidive, pe când la cei trataţi insuficient, recidivele au fost în proporţie de 74%.

La Vigasio, Polettini (158, 159) n'a observat recidive, decât la 12 din 172 cazuri tratate sistematic.

In 1903, în aceeaşi localitate, din 33 cazuri tratate intensiv, n'au recidivat decât 50 (15.50%) şi dacă socotim pe cei care au urmat o cură şi mai energică, numai 2.5%, pe când din 483, care au făcut cura neregulat, au recidivat 302 (62,52%).

Valenti, (219) la Massa Lombarda, în 1904, din 235 paludici chininisaţi în mod sistematic a observat recidive numai la 23 (9.82%).

La Frăsinet, unde am făcut o campanie antimalarică în 1904 şi unde continuu să supraveghez regiunea şi anul acesta, pe când în anul trecut, fuseseră dejà la începutul lui Mai 54 recidive, în urma celor 215 cazuri de paludism din 1903, anul acesta până în prezent (sfârşitul lunei Iunie) n'au fost decât 4 recidive. Rezultatul acesta e datorit curei intense chininice, făcută la întreaga populaţie în 1904 (92).

Din toate cifrele citate rezultă în mod evident, că o cură prelungită a paludismului, are efecte incontestabile pentru a împedica producerea recidivelor.

Cura aceasta trebue se fie făcută însă, un timp îndelungat după vindecarea febrei.

Ceea ce reese din ultimele experienţe, e necesitatea de a prelungi chininizarea şi mai mult încă, decât cele 2 luni prescrise de Koch.

Celli, (33) recomandă pentru fiecare caz nou de paludism doze continue cotidiane (0.40—0.60 centigr. la adulţi, 1/2 doza la copii) în timp de cel puţin 40—60 zile după vindecarea febrei, augmentând doza până la cea terapeutică (1—2 grame), în timp de 3—5 zile, când se produc noi accese şi revenind apoi la dosa cotidiană.

Pentru cura recidivelor, Celli nu se mulţumeşte cu tratamentul făcut numai primăvara în periodul preepidemic, ci prelungeşte cura la recidivanţi toată iarna şi primăvara, pentru a avea astfel un minimum de cazuri, la începutul anului epidemic.

Pressat (164) recomandă o cură de cel puţin 4 luni, a fiecărui caz nou în scop de a împedică recidivele.

Pentru a aveà un număr cât de mic de recidive anul acesta am tratat în 1904 la Frăsinet, toate recidivele şi cazurile noui, în timp de 3—4—5 luni, după metoda lui Koch (1 gram de chinină la adulţi şi atâtea decigrame la copii câţi ani aveau, în timp de 6 zile după febră, cu repetarea aceloraşi doze a 7-a şi a 8-a zi).

Carducci, (42) care a studiat în 1904, cu deamănuntul, mersul recidivelor în serviciul pe care 'l dirijază la spitalul San-Spirito din Roma, ţinând seamă de faptul că ele se manifestă de obicei după 7 zile, şi că la fiecare recidivă, 2—3 generaţii de paraziţi se succedă, propune pentru evitarea lor, administrarea chininei în ziua 1-a, 2-a, 3-a de apirexie, întreruperea a 4-a zi, chininizarea din nou a 6-a, 7-a, 8-a zi, apoi a 13-a, 14-a, 15-a zi şi aşa mai încolo, 3 zile pe săptămână în timp de 2—3 luni.

La 60 cazuri astfel tratate, n'a mai observat nici un caz de recidivă.

Cura unui caz de paludism reclamă deci cantităţi mari de chinină şi un tratament prelungit, pentru a puteà pretinde c'a fost făcută în mod sistematic. De aceea se poate spune cu drept cuvânt, că e mult mai greu de tratat decât de prevenit boala.

Intr'adevăr, în număr mai mare sau mai mic, după cum tratamentul chininic a fost făcut, mai mult sau mai puţin intensiv, un număr de recidive se produce de obicei în fiecare an.

O cură preepidemică, limitată numai la aceste recidive e insuficientă, pentru a împedicà eclosiunea unei epidemii, după cum am arătat cu mai multe exemple, când am desvoltat acest capitol.

Celli după numeroase experienţe personale şi a elevilor săi, ajunge la concluzia că pentru a împedicà producerea unei epidemii, e suficient de a tratà preepidemic numai pe febricitanţi şi de a aplicà apoi în anotimpul malaric, profilaxia chininică, absolut la toată populaţia.

Care e doza şi sarea de chinină mai potrivită pentru profilaxia paludismului şi care e modul de administrare mai practic pentru a o face se fie acceptată de populaţie, iată singurele puncte asupra cărora se mai discută încă, de oare ce asupra faptului chiar, că chinina are o valoare preventivă, convingerea e de mult făcută.

E inutil, prin urmare, se citez toată seria de experienţe, care de 2 secole dovedeşte cu prisosinţă, valoarea profilactică a chininei.

De la întrebuinţarea preventivă a coajei de chinchina în 1717, de către contele de Bonneval (111) la asediul Belgradului şi dela experienţele făcute cu atâta succes în răsboiul Crimeei şi în răsboiul Secessiunei, până la ultimele campanii de profilaxie din Italia, Germania, coloniile engleze, etc., exemplele sunt numeroase, ca se dovedească în mod indubitabil şi fără nici o contestare posibilă, valoarea profilactică a chininei.

Dacă în unele experienţe succesele au fost mai puţin bune, cum de exemplu în războiul contra Ashantilor (Home, Lucas, Gore (111), e de remarcat că experienţele acestea sunt dejà vechi (1873), din epoca când profilaxia chininică nu era aplicată cu metoda sistematică de astăzi, şi că dozele de chinină întrebuinţate au fost de obiceiu prea mici. Insuccesele acestea nu contrazic, prin urmare, câtuşi de puţin, rezultatele pozitive obţinute de majoritatea autorilor.

Mă voiu mulţumì să citez rezultatele obţinute în campaniile antimalarice întreprinse în ultimii ani, în Italia, în coloniile engleze, franceze, germane, şi în 1904 şi la noi. Cum în toate aceste campanii experienţele au fost riguros făcute, valoarea lor comparativă faţă de cele l'alte procedee de profilaxie paludică e destul de mare, pentru ca avantajele chininisărei preventive se apară evidente.

In Italia, profilaxia chininică, se face de o serie de ani, cu rezultate din ce în ce mai bune.

In *1901*, când campaniile sistematice de profilaxie chininică au fost inaugurate de societatea pentru studiul malariei, din 531 persoane tratate, cu doze săptămânale sau cotidiane, numai 5% s'au impaludat pe când în regiunile vecine netratate, cifra paludicilor s'a urcat până la 66% (31).

In acelaş an din 925 persoane tratate preventiv de medicii societăţii „Crucea roşie italiană“, 740 au rămas indemne de paludism. (Postempski) (163).

In *1902* cu doze zilnice de chinină (0.25—0.50 centigr.) din 923 persoane tratate s'au bolnăvit 44 (4.6%) pe când locuitorii păstraţi ca martori au dat 12—82% cazuri de paludism.

Cu doze săptămânale (un gram a. 7-a şi 8-a zi) din 2133 trataţi, s'au bolnăvit 191 (10%) — Martorii s'au impaludat în proporţie de 40—80% (33).

In *1903* cu doze zilnice de chinină (0.40 la adulţi, 0.20 la copii) din 19.021 trataţi, s'au bolnăvit numai 5.6%, pe când martorii au avut paludism în proporţie variând între 38—90% (33).

Din cifra această globală, relevez rezultatele obţinute în agrul roman regiune foarte malarică înainte de aplicarea profilaxiei chininice.

Din 9.415 locuitori tratați preventiv, numai, 3,1% au avut paludism.

In armata italiană au fost în 1903, 4.985 paludici față de 7—10.000 până la 1902, de când s'au adoptat măsurile de profilaxie paludică (Chiaiso) (43).

In *1904*, an de malarie gravă, măsurile de profilaxie chininică s'au aplicat pe o scară și mai întinsă; 70.000 persoane au beneficiat de ele.

Din cei 52.690 cari au fost tratați, după inițiativa societății pentru studiul paludismului, s'au impaludat numai 8%, pe când la martorii ținuți pentru control, proporția malaricilor s'a urcat până la 75% (33).

In Mortara, direcția serviciului sanitar italian, a aplicat profilaxia chininică, la 15.000 lucrători din riziere, cu rezultatul că numai 4% s'au impaludat (Pezza) (165).

Din cifra globală a celor supuși la profilaxia chininică relevez și pentru 1904 că în agrul roman și în provincia Roma au fost tratate preventiv 39.000 persoane. Progresul e foarte rapid, dela 1.000 cât fuseseră chininizate cu 4 ani în urmă. Profilaxia chininică se poate spune că a intrat în obiceiurile populației din campania romană. (Ravicini, (185) Boccanera) (17).

Rezultatele obținute sunt de altminteri excelente. Numărul cazurilor de infecție primitivă a scăzut dela 1716, cât erà în 1900, la 162 în 1904. Cazurile de malarie tratate în spitalele Romei a diminuat foarte mult. Dela 6.186 în 1900 a ajuns la 2.461 în 1903 și la 2.961 în 1904, an după cum am spus de malarie gravă.

Pentru armata italiană, rezultatele bune semnalate mai sus s'au accentuat și mai mult în 1904. In loc de 67.70‰ câți se impaludau în 1900 din totalul efectivului, în 1904 aŭ fost numai 19.21‰ (în 1903, 24.14‰). (G. Alvaro) (5).

Cu tot anul de malarie serioasă, cazurile observate la persoanele supuse la profilaxia chininică, au fost benigne și au cedat ușor la tratamentul chininic.

Regiuni, altădată extrem de paludice ca Argenta (Ferrara) agrul roman, Lațiu, Tuturano, Atella au prezentat epidemii cu caracter foarte ușor. Ostia și Valea Anienului, nu de mult focare de febre pernicioase, sunt astăzi în condiții mult mai bune în privința paludismului (Campeggiani) (44).

După expunerea rezultatelor așà de evidente obținute în Italia cu profilaxia chininică, e inutil de a insistà prea mult asupra experienţelor din alte ţări, de oarece ar fi să repetăm aceleaşi constatări.

Van Campenhout şi Dryepondt (36) în Congo belg, Visser (220) în Indiile neerlandeze, au prescris cu succes întrebuinţarea preventivă a chininei. In garnizoana dela Melaboe, în urma administrării de 0.50 ctgr. chinină de 2 ori pe săptămână, în loc de 1.841 zile de maladie cu 44 soldaţi evacuaţi din cauza malariei (1897) n'au mai fost în 1898 decât 214 zile de maladie şi nici un soldat evacuat.

In India în închisorile dela Bhagalpur, Buchanan (18) după întrebuinţarea zilnică de 0.10—0.15 chinină sau 0.20—0.30 cinconidină, a obţinut o scădere simţitoare a mortalităţei (9‰ în 1895 şi 7.2‰ în 1896 în loc de 48‰ ca mai înainte).

Ziemann (227) în Camerun (Africa) cu 0.60 ctgr. administrate la 4 zile, într'una din localităţile cele mai malarice ale globului a avut rezultate destul de bune.

Pe când cei netrataţi s'au impaludat toţi şi din cei câţi au urmat o profilaxie neregulată numai 1.43% au rămas sănătoşi, din Europenii cari au luat chinină preventiv în mod regulat, 16% n'au avut absolut deloc friguri. Chiar din cei cari s'au bolnăvit, la 23.2% s'a produs un singur acces, care a cedat uşor la tratament şi la 24.64% febrele au dispărut complect după o profilaxie şi mai intensă (1 gr. la 4 zile) aşà încât, în definitiv, 89.87% şi-au putut continuà lucrul, pe când din cei cu profilaxie neregulată numai 67.14% şi din cei netrataţi de abià 12% n'au fost repatriaţi şi şi-au putut vedeà de ocupaţii.

Salanoue Ipin (114) în Sudanul francez cu 0.25 sulfat de chinină administrat zilnic, a avut succese complecte. Graţie acestui tratament, Europenii pot trăì ani întregi fără paludism, în localităţi reputate prin insalubritatea lor.

In Madagascar Vivie (221) şi în Senegal, Marchoux cu doze cotidiane de sulfat de chinină (0.25 centigr.) au făcut o profilaxie foarte eficace.

Roberts, (186) în ultimul rezbel anglo-bur cu 0.60 chinină zilnic a putut împedicà producerea paludismului.

Intr'un an de epidemie gravă cum a fost 1904 în Algeria, în care, într'unele localităţi ca Montebello, 85% din locuitori au suferit de friguri, Sergent (202) cu 0.30 centigr. chinină, administrată zilnic a avut numai 23.3% paludici.

In garnizona dela Touggourt (Algeria) Chaudoye şi Billet (45) cu 0.30—0.40 chinină pe zi, au avut rezultate foarte favorabile.

Michon (137) raportează o experienţă făcută la Aleria (Corsica) într'o localitate foarte impaludată, unde cea mai mare parte din locuitori, părăseşte câmpia pentru munte şi serviciul poştelor şi telegrafelor e suspendat în lunile de vară din cauza paludismului.

Locuitorii, cari culeg viile se impaludează, la Aleria în proporţie de 33—50%. Administrându-le câte 0.40 clorhydrat de chinină dimineaţa şi seara, la interval de 3 zile, din 38 lucrători astfel trataţi nici unul n'a avut friguri.

In 1902 succesul a fost identic.

Toate experienţele, ale căror rezultate le-am relatat până acum, s'au făcut în localităţi cu malarie gravă, având adică o morbiditate care depăşeşte 20%.

Dacă am citat aceste experienţe cu oare care detailii, e ca se ajung la concluzia că, a fortiori, în localităţi mai puţin impaludate, cum sunt de obiceiu cele dela noi, profilaxia chininică ar puteà da succese cel puţin tot atât, dacă nu încă şi mai complecte.

Şi într'adevăr, atât cât, o concluzie se poate trage din câtevà mici experienţe izolate, campaniile, care s'au făcut în vara anului 1904 la noi, au dat toate rezultatele cele mai bune.

D-rul Gorescu (85) în comuna Belitori din judeţul Teleorman a experimentat profilaxia chininică la o populaţie de 2.447 locuitori. Din Iulie până în Octomvrie el a supus la tratamentul preventiv după metoda lui Koch (1 gr. la adulţi şi doze mai mici după etate la copii; administrate a 9-a şi a 10-a zi, şi la intervale încă şi mai depărtate până la a 14-a şi a 15-a zi pentru unii din ei) 1.509 persoane lăsând ca martori restul populaţiei de 968 locuitori. Pe când din cei trataţi preventiv numai unul a avut accese (0.09%) din martori s'au impaludat 85 (11.4%). Deşi prin urmare satul a fost în general puţin atins de epidemia din 1903, succesul campaniei se poate socotì ca absolut complect.

La Strunga (Roman) D-l I. Panea, (166) aplicând profilaxia chininică după aceeaşi metodă (a 9-a şi a 10-a zi), a constatat că din 214 care au urmat cura regulat, au febricitat numai 2,1%.

Din 14 cari au făcut profilaxia neregulat au febricitat 5 şi din 32 păstraţi ca martori, 5 au avut cazuri de febră primitivă, 8 recidive şi 3 au fost cu febre probabil tot paludice. Succesul prin urmare şi al acestei campanii, într'o localitate care în 1903 prezentase 50% de impaludaţi, a fost cât se poate de complect.

In campania pe care am făcut-o la Frăsinet (Ilfov) la o populaţie de 498 locuitori, cari în anul anterior (1903) prezentase cazuri de febră în proporţie de 45%, din 421 supuşi la profilaxia chininică, după metodul lui Koch, nu s'a bolnăvit nici unul, pe când din 77, păstraţi ca martori, s'au bolnăvit 18 (23%) (92).

Lucrătorii căilor noastre ferate, în urma iniţiativei energice şi neobosite a medicului şef, D-rul Clement, — căruia nu pot să-i mulţumesc destul pentru buna voinţă, cu care mi-a pus la dispoziţie cifrele cari urmează, — sunt supuşi, de o serie de ani la profilaxia chininică şi pe cât posibil se face şi petrolizarea mlaştinelor, din apropierea locuinţelor. Rezultatele au fost foarte bune, deşi chininizarea nu s'a putut încă face absolut sistematic. Aşà pe când în 1899 s'au dat la cei 17.708 lucrători întrebuinţaţi de căile ferate române 8.913 şi în 1900 7.557 consultaţii pentru paludism, în urma măsurilor luate, în 1901—1902 numărul consultaţiilor a scăzut la 5.047, în 1902—903 la 3.632 şi în 1903—904 la 3.257. Pentru anul trecut scăderea a fost încă şi mai simţitoare.

Cantitatea de chinină distribuită a fost în 1903—904 de 21 chilograme şi în 1904—1905 de 45 chilograme.

VII.

Toate experienţele pe cari le-am relatat, probează în mod incontestabil, eficacitatea chininei în profilaxia paludismului.

Modul de acţiune al chininei în prevenirea paludismului, e uşor de înţeles, fiind dată eficacitatea sa terapeutică, aşa de bine stabilită după observaţii, care datează dejà de secole.

Sub microscop, se poate de altmintrelea constatà acţiunea vătămătoare a chininei, asupra hematozoarului. Parazitul, în urma tratamentului chininic, prezintă aparenţa tipică, a celulelor cari mor.

Hematozoarii, cari pătrund în sângele unei persoane supuse la medicaţia preventivă chininică, găsesc prin urmare un mediu puţin favorabil pentru dezvoltarea lor. Ei pot sau murì, în care caz nu se produce nici o manifestaţie morbidă, sau să se dezvolte cu greu, dând loc la simptome atenuate, care cedează uşor la un tratament mai serios.

Am văzut în experienţele citate, că chinina e distribuită la intervale şi în doze, cari variază după fiecare autor. Metodele întrebuinţate pot fi grupate în 3 principale. (Laveran, Prophylaxie du paludisme).

1) Dozele slabe cotidiane (0.10—0.25 centigr.), întrebuinţate cu succes de Celli (Italia), Sézary şi Cornebois (Algeria), Buchanau (India), Cavallerleone (Italia), Logan (Carolina de Sud), Ipin (Sudan), Jilek (Pola), Pressat (Ismailia), Mac Gregor (Lagos).

2) Dozele mijlocii (0.30—0.50 centigr.) la 2—3 sau mai multe zile interval. Ross dă doze cotidiane (0.25 centigr.) şi dublează de două ori pe săptămână doza întrebuinţată; Plehn dă la 5 zile 0.50 centigr., Ziemann la 4 zile 0.50 centigr., Battesti la 2 zile 0,50 centigr., Bignami şi Marchiafava (136) recomandă în localităţile cu malarie uşoară $1/2$ gram la 6 zile şi în cele cu malarie gravă, 1 gram la 4 zile.

3) Dozele mari (1 gram) la intervale mai depărtate, a 7-a şi a 8-a sau a 9-a şi a 10-a zi.

Metodul dozelor mai mari la intervale depărtate a fost preconizat de Koch (101) şi întrebuinţat cu succes de el şi de alţi experimentatori [Ruge, (177) Ollwig, (151, 152) Dryepondt, (36) Mariotti-Bianchi, (135) Gosio) (73)]. In experienţele dela noi (1904), s'a aplicat metodul acesta.

Toate aceste diferite moduri de a da chinina, aplicate cu îngrijire, au dat rezultate bune autorilor lor.

Dacă ne întrebăm, cari din ele trebue preferat, apoi cunoaşterea modului de eliminare al chininei din organism şi al duratei acestei eliminări, va fi o indicaţie utilă în această privinţă.

Kerner (104) susţine că în 48 ore toată chinina e eliminată. Personne însă şi Mariani (139) au arătat că eliminarea chininei continuă 8 zile, încă după administrarea sa.

Chinina persistă deci, de a fi prezentă în sânge un timp destul de îndelungat. Cantitativ însă ea diminuează din ce în ce.

Cu dozele cotidiane rezultă din cercetările importante ale lui Mariani, o concentraţie a sângelui în chinină, de oarece după o săptămână de cură zilnică, sângele ajunge se conţină o cantitate de chinină de două ori mai mare, de cât cea dată cotidian.

Cercetările lui Mariani arată deci, superioritatea dozelor cotidiane, faţă de celel'alte moduri de administrare a medicamentului, de oare ce, în felul acesta, sângele conţine în mod permanent, cantităţi notabile de chinină.

Cu dozele date săptămânal şi la intervale încă şi mai depărtate, organismul rămâne un timp oare care cu cantităţi mici de chinină în sânge, şi în timpul acesta hematozoarul găseşte condiţiuni de desvoltare, cari nu-i sunt tocmai defavorabile.

Metoda cotidiană prezintă încă un avantaj important. După 4—5 zile de administrare zilnică (0.40 centigr. la adulţi, 0 20 la copii), fenomenele de intoleranţă dispar complect. Se obţine un adevărat mitridatism al organismului, pe când cu dozele mari, hebdomadare, se produc fenomene de intoleranţă destul de pronunţate.

Avantajul teoretic şi practic al dozelor zilnice, ne invită să adoptăm metodul acesta de profilaxie chininică, ori de câte ori lucrul e posibil.

Chininizarea zilnică e însă greu de aplicat, la populaţia rurală, care în lunele de vară lipseşte de acasă din cauza muncii câmpului, zile şi săptămâni întregi. Ea nu se va puteà întroduce, atâta timp cât ţăranul nefiind ferm convins de eficacitatea preventivă a chininei, are nevoe se fie supraveghiat de medic sau de agentul sanitar, la fiecare doză administrată.

Succesele obţinute în numeroase campanii antimalarice cu metoda lui Koch — doze mari a 9-a şi a 10-a zi — arată pe de altă parte, că cantităţile mici de chinină, cari persistă în sânge un timp îndelungat, sunt suficiente, în majoritatea cazurilor, ca se împedice dezvoltarea hematozoarului.

Cât pentru fenomenele de intoleranţă, deşi mai pronunţate decât cu dozele mici cotidiane, ele merg atenuându-se, aşa în cât cu timpul se obţine o obişnuinţă a organismului, şi într'unele cazuri, un mitridatism complect.

In ceea ce priveşte sarea de chinină, care e mai potrivită pentru profilaxia chininică, experienţele din timpul din urmà au contribuit se preciseze un număr de puncte, asupra cărora existau divergințe de păreri, între autori.

Evident că pentru tratamentul acceselor e mai indicat de a administrà săruri solubile, bogate în alcaloid cum e clorhydratul basic de chinină, care conține 81.71% chinină. In cazurile mai grave se poate chiar recurge la injecții subcutanate (1).

Pentru profilaxie însă, o absorpție și o eliminare lentă sunt mai de grabă avantaje cari nu trebue neglijate, de oarece în cazul sărurilor insolubile, cari se absorb mai încet, chinina persistând mai mult timp în sânge, efectele sale sunt de mai lungă durată. Sulfatul neutru de chinină (59% de alcaloid), e deci suficient pentru profilaxie și are avantajul că e mai eftin.

Fenomenele de intoleranță, mai accentuate cu sulfatul decât cu clorhydratul, sunt puțin pronunțate cu dozele mici cotidiane și chiar în cazul dozelor mai mari hebdomadare, dispar destul de repede.

In Italia s'a recomandat în timpul din urmă tanatul de chinină, sare insolubilă și insipidă, sub forma de pastile de ciocolată.

---

(1) Dintre preparațiile de chinină întrebuințate pentru injecțiunile ipodermice, experiențele recente (Atti, 1905), arată superioritatea formulei lui Gaglio, (78) care merită se fie vulgarizată și la noi. In Italia soluția aceasta e preparată de stat și pusă la dispoziția tuturor medicilor. Formula lui Gaglio e următoarea:

Clorhydrat basic de chinină . .	3 grame
Uretan etilic	3 „
Apă destilată	5 centim. cubi

Se disolvă, încălzind ușor.

Soluția astfel preparată, se menține indefinit; ea are o capacitate de 10 c. c., așà încât fiecare c. c. conține 0.30 clorhydrat de chinină.

Clorhydratul de chinină asociat cu uretanul e foarte solubil și are o reacție slab alcalină, ceea ce îl face se nu fie caustic. Se evită astfel leziunea țăsuturilor la locul de injecție, cum se întâmplă cu soluțiile obișnuite de biclorhydrat, cari fiind acide, produc în multe cazuri, adevărate necrotizări, cu indurații persistente.

Absorpția și eliminarea clorhydratului asociat cu uretanul e foarte rapidă, așă în cât, în cazurile când un tratament urgent e necesar, formula lui Gaglio e foarte indicată. Am avut ocazie s'o încerc și eu în câteva rânduri. Efectele au fost totdeauna bune și injecția n'a fost câtuși de puțin dureroasă.

Lipsa fenomenelor necrotisante la locul de injecție, înlătură probabil și pericolul tetanosului, consecutiv injecțiilor de chinină asupra căruia, Vincent a atras din nou atenția în ultimul timp. (V. Revista generală a profesorului Cantacuzino: Tetanosul spontaneu în No. 1 al *Revistei științelor medicale*, Mai 1905).

Experienţele făcute de Modigliano (140) arată că absorpţia tanatului se face foarte bine, graţie solubilizării sale, prin acidul clorhydric din stomac, mai încet însă decât cu celelalte săruri.

Asociat cu ciocolata în pastile, tanatul e foarte uşor acceptat de copii. Preparaţia sa fiind simplă şi uşoară, statul italian vinde pastilele conţinând un gram de tanat, cu 10 centime una pentru public şi 8 centime pentru administraţiile publice. Intrebuinţat profilactic la copii (1 pastilă zilnic), el a dat resultate excelente.

In privinţa modului cum se va da chinina profilactic, procedeele variază după autori.

Koch recomandă chinina clorhydrică în soluţie: 10 grame la 100 de apă, la care se adaogă cantitatea de acid clorhydric necesară pentru a aveà o soluţie perfectă. Zece grame din această soluţie conţin 1 gram de chinină. Soluţia de chinină are însă desavantajul de a fi foarte amară şi e greu acceptată de populaţie, un timp mai îndelungat.

In hârtie de ţigară cum se mai recomandă încă de unii autori, chinina nu trebue dată, de oare ce riscă, se nu fie absorbită.

Sub forma de capsule, chinina e uşor acceptată. Pentru a-i facilità absorpţia, se recomandă să se dea împreună cu capsulele o băutură acidă. La Frăsinet le administram la început, înainte ca populaţia să se fi obişnuit să le ia singure, cu o uşoară limonadă citrică 2°/₀₀, sau cu apă acidulată, cu acid clorydric (1 picătură la un pahar de apă).

La copii chinina luată în cafea e mai uşor acceptată, de oarece ii se maschează în parte gustul. Cum se transformă însă în tanat insolubil, trebue dată în cantitate mai mare decât doza obişnuită. De obiceiu însă fără cafea, numai cu puţin zahăr, copii iau relativ uşor chinina.

Italienii au introdus pe o scară întinsă pastilele de chinină. Sub invălişul lor de zahăr, pastilele sunt foarte uşor acceptate de populaţie. Absorptia chininei sub forma aceasta se face perfect, după cum rezultă din numeroasele experienţe, a lui Mariani.

Doza de chinină necesară pentru profilaxie, evident că variază după metodul întrebuinţat.

Când se dă chinina zilnic, în Italia s'a adoptat doza de 2 pastile de câte 0.20 centigr. fiecare pentru adulţi şi o pastilă pentru copii.

Doza aceasta de 0.40 centigr. e prea mare, pentru localităţile noastre cu forme malarice puţin grave. Sergent a avut rezultate bune în Algeria, cu 0.30 centigr. Alţi autori numai cu 0.20—0.25.

Cu metodul lui Koch (a 9-a şi a 10-a zi) se dă un gram dintr'odată la adulţi şi la copii cantităţi mai mici după vârstă.

In campania pe care am făcut-o la Frăsinet am dat 1 gr. la bărbaţi, 0,75 la femei şi la copii în termen mediu, atâtea decigrame câţi ani aveau, fără se depăşesc 0 50—0.60 centigr. la copii mai mici de 10 ani.

Pentru timpul, când chinina va fi dată, trebue ţinut seama de faptul, că chinina se dizolvă numai în mediile acide.

E indicat deci de a da chinina după ce s'au introdus puţine alimente în stomac, 1—1$^1/_2$ oră în urmă, pentru ca acidul clorhydric stomacal să-i faciliteze solubilitatea şi absorpţia.

Când se dă chinina zilnic, timpul de preferat pentru administrarea sa e dimineaţa. Cu dozele mari hebdomadare, cum se produc fenomene de intoleranţă, câte odată destul de pronunţate, chinina dată dimineaţa, ar puteà jenà până la un punct pe locuitori dela ocupaţiile lor. E de preferat, prin urmare, să se dea seara, de oare ce peste noapte fenomenele de intoleranţă, trec mai uşor neobservate. La Frăsinet, am adoptat, deşi dam doze mari, distribuţia matinală, de oarece mi-ar fi fost greu, se găsesc seara pe toţi cei supuşi la tratament (421). Fenomemenele de intoleranţă destul de accentuate la început, s'au atenuat după primele 5—6 serii de chininizare aproape complect.

Profilaxia chininică e de obicei acceptată de populaţie, care ajunge să se convingă de eficacitatea sa.

Sergent (201) la Saint Philbert de Grand Lieu, Dryepondt (36) în Congo, cu doze mari hebdomadare au întâmpinat însă refuzul net al populaţiei, din cauza fenomenelor de intoleranţă.

Insistând asupra avantajelor profilaxiei, se înving relativ uşor toate rezistenţele. Martorii cari nu iau chinină şi cari se impaludează în majoritatea cazurilor, sunt dovada vie a eficacităţii profilaxiei şi trebue invocaţi tot timpul, ca un argument iresistibil.

Cu dozele mici cotidiane, fenomenele de intoleranţă nu se produc şi fiind dată şi atracţia pastilelor dulci, sub forma aceasta profilaxia chininică devine şi mai uşor de aplicat.

Populaţiile cele mai inculte sfârşesc prin a accepta şi câteodată reclamă chiar ele singure profilaxia.

Mariani, (138) citează exemplul locuitorilor din Foro Appio (agrul pontin), populaţie absolut mizerabilă, adevăraţi trogloditi ai epocei prezente, cari după ce se convinseseră într'un an anterior de eficacitatea profilactică a chininei, au reclamat în anul următor, cu insistenţă să li se dea chinina în scop preventiv. Pentru omul simplu, care nu-şi risipeşte puterea de observaţie, un fapt bine constatat, rămâne adânc întipărit şi îi dă convingeri neclintite.

Fenomenele de intoleranţă provocate de chinină sunt de alminteri puţin grave. Ceea ce se observă mai des şi ceea ce am putut constată şi eu sunt: ameţeli, tremurături uşoare şi câteodată urticaria şi eriteme trecătoare. Gastralgiile şi catarurile intestinale sunt puţin frequente. Pentru a evită fenomenele nervoase de intoleranţă, Ziemann (227) recomandă să se dea la cei cari sunt prea susceptibili, odată cu chinina, un gram de bromur de potassiu. La gravide chinina trebue administrată profilactic cu o oarecare atenţie. Deşi din experienţele lui Tarnier şi a altor autori, Berard, Schwab etc., rezultă că chinina n'are influenţă asupra contracţiilor uterine decât atunci, când travaliul e început, Petitjean, Delioux de Savignac, Monteverde, Waren, socotesc chinina periculoasă în timpul sarcinei şi Durante recomandă o deosebită circonspecţie pentru administrarea sa la gravide. Pasquini şi Giorgi (162) citează un caz de avort după $^1/_2$ gr. de chinină administrat la o febricitantă. E greu de stabilit însă cărei cauze, febrei sau chininei eră datorit în cazul acesta avortul. La Frăsinet am avut şi eu ocazia să constat un avort la o femee gravidă, după ce luase numai $^1/_2$ gram de chinină, fără însă să pot preciză, dacă există o relaţie directă între chinină şi avort de oare ce femeia se oboseà mult şi mai avortase şi la alte sarcine.

Vagedes (216) a observat la o femee gravidă de 4 luni, căreia i se dase un gram de chinină în scop profilactic, dureri vii şi avortul n'a putut fi împedicat decât în urma administrărei opiului.

Pentru mai multă siguranţă prin urmare la femei gravide doza profilactică a chininei nu trebue să depăşească 0.50 centigr.

Intoxicaţiile cu chinină sunt rare, chiar când din greşală s'ar da doze prea mari.

Celebrini (46) citează cazuri, în care copii atraşi de gustul dulce al pastilelor au luat până la 5 grame de chinină dintr'odată. S'au produs convulsiuni, albuminurie, ameţeli, dar totul a cedat în 24 ore. Un alt copil a luat 1 gram în timp de 14 zile consecutiv, fără turburări apreciabile ale sănătăţei.

Un ultim punct care trebue precizat, înainte de a terminà capitolul acesta e că chinina, după analizele făcute asupra shimburilor nutritive produce, o diminuare a fenomenelor de oxidaţie.

Ipoazoturia a fost găsită în toate analizele de urină făcute la chininizaţi (Boeck, Bauer, Ranke, Kerner şi Prior). Considerând însă că bilanţul azotului e foarte preţios pentru populaţia rurală care consumă aşà de puţine substanţe azotoase, o economie cât de mică în consumarea albuminei circulante, e un rezultat de mare valoare. Chinina exercită pe de altă parte o acţiune tonică asupra aparatului digestiv şi muscular şi în fine fapt important întrebuinţarea sa profilactică, ajută la acţiunea sa curativă. Accesele febrile observate la cei care urmează profilaxia sunt mai uşor de tratat, decât la cei cari n'au luat deloc chinină.

Profilaxia chininică trebue să fie făcută atât cât durează anotimpul malaric, din Iunie până la sfârşitul lunei Octomvrie.

Când se întrebuinţează numai temporar, la lucrători, soldaţi, voiajori veniţi într'o localitate malarică, ea trebue continuată încă câtvà timp în urmă, 7—15 zile şi mai mult, după gravitatea malariei în regiunea vizitată.

VIII

Administrarea chininei sub formă de pastile, mod de administrare care e de sperat, că se va generalizà în toate ţările paludice, face inutilă, întrebuinţarea preparatelor medicamentoase în care gustul amar al chininei e complect mascat. Preparate de felul acesta se vând în comerţ, sub numele de euchinină salochinină, aristochină.

Euchinina (ethylcarbonatul de chinină) a fost preconizată de Celli şi experimentată profilactic cu mult succes. Avantajul său e că poate fi suportată luni întregi (5—6 luni) în doze de 0.50 fără fenomene de intoleranţă. Cum însă euchinina e scumpă, întrebuinţarea sa profilactică nu poate să rămână de cât izolată.

In afară de chinină s'au încercat şi alte medicamente pentru profilaxia paludismului. In primul rând, s'a preconizat arsenicul. Dejà Boudin făceà din arsenic, un specific aproape al paludismului. Ca preventiv el a fost recomandat de Tommasi-Crudelli.

In experienţa dela Bovino, acţiunea sa profilactică a părut evidentă; din 78 locuitori, 39 la cari nu s'a făcut nici o profilaxie s'au bolnăvit toţi, pe când din ceilalţi 39 cari au luat zilnic câte un miligram de acid arsenios, nu s'a impaludat decât un număr foarte mic (3 din 39).

Experienţele repetate în anii din urmă asupra valorei preventive a arsenicului n'au dat rezultate identice. Aşà în 1902 la Vigasio din 55 persoane cari luau 1—2 miligrame de acid arsenios şi 2—10 centigr. fer pe zi, 37% au avut friguri, pe când locuitorii păstraţi pentru control s'au bolnăvit în proporţie numai de 36% (Polletini) (158).

La Mozzecane din 30 persoane tratate preventiv cu arsenic, 52% au avut febre. (Vivenza e Mendini) (217).

Celli (33) trage concluzia din aceste experienţe, că arsenicul şi ferul n'au prin ele singure nici o acţiune preventivă în paludism.

In 1902, A. Gautier (79) recomandase arrhenalul în tratamentul paludismului, în urma experienţelor lui Billet, care obţinuse cu 0.05 de arrhenal, în injecţii sub-cutane, vindecarea cazurilor de paludism cronic, rebele la tratamentul chininic.

După Mariotti-Bianchi, arrhenalul nu vindecă accessele febrile.

Dock (52) l'a întrebuinţat fără succes în 4 cazuri; Cochez, (208) (Algeria) Schoull (208) (Tunis) Fontoynont (208) (Madagascar) n'au obţinut nici ei vindecarea febrelor.

Arrhenalul rămâne prin urmare un medicament preţios numai în paludismul cronic.

Experienţa făcută de Grassi (77,80) în 1901 la Ostia cu o mixtură de chinină, arsenic, fer şi substanţe amare vândută în comerț sub numele de esanofel, a atras atenția asupra medicației, mixte în prevenirea paludismului.

Esanofelul e administrat sub formă de pilule. Fiecare pilulă conține 10 centigrame biclorhydrat chinină; 3 centigrame citrat de fer, 1 miligram acid arsenios și 0.15 substanțe amare. Inainte de a începe profilaxia, se tratează cei cu accese febrile. Pentru aceasta li se dă 6 pilule de esanofel (la orele 6, 9 și 12 dimineața) în timp de 15 zile. Doza pentru profilaxie e pentru toți aceeași: 2 pilule pe zi. Pentru copii medicamentul, se dă în cantitate mai mică sub formă de soluție (esanofelină).

Rezultatul acestei profilaxii a fost foarte bun. Din 270 persoane tratate, 214 au rămas indemne de paludism; 46 au avut accese de febre ușoare și de scurtă durată, din cauză că urmaseră tratamentul în mod neregulat. Locuitorii, cari după metoda lui Koch, luau numai chinină, la intervale de 9 și 10 zile s'au impaludat în număr destul de mare.

Experiențele făcute însă în acelaș an și în anii următori, arată că esanofelul ca și toate mixturile antimalarice, e activ prin chinina pe care o conține. Adaosul de arsenic și fer e deci inutil și câteodată capabil se producă ușoare accidente, turburări gastrointestinale și eriteme. In 1901, cu esanofelul Vivenza (218) la Grezzano a avut 17.50% recidive și 12.55% cazuri noi, pe când numai cu chinină, numărul de cazuri noi și recidive a fosde 2.84%.

In 1902, Richi și Pagliano (33) au aplicat la Foggia, profitlaxia cu un amestec de chinină, arsenic și fer.

Un grup de locuitori tratat cu doze zilnice de chinină (0.15), care primià în acelaș timp o lingură de elixir fero-arsenical, conținând un centigram cacodilat de sodiu, a dat 14.81% cazuri de febră. Un al doilea grup, după administrarea unui gram clorhydrat de chinină săptămânal, care luà și arsenic tot ca primul grup, a dat 19.23% cazuri.

In fine, un al treilea, cu esanofelul după metoda lui Grassi a dat 20% de febricitanți.

Rezultatele, după cum se vede, sunt inferioare profilaxiei chininice simple.

Chiar pentru tratamentul paludismului adaosul de arsenic și de fer nu e absolut necesar.

Impedicând prin chinină desvoltarea hematozoarului, rezistența organismului e suficientă pentru reparaţia sângelui şi vindecarea anemiei.

Pentru a augmentà însă rezistenţa organismului, ar trebuì realizate condiţii de trai igienic. O bună alimentaţie, e cu siguranţă mai eficace, decât ori ce reconstituant medicamentos.

Cum însă o bună alimentaţie e dese-ori irealizabilă, pentru populaţia săracă, se pot da preparaţii fero-arsenicale.

Prèssat recomandă în paludism în a 3-a şi a 4-a lună, după ce, în timp de 2 luni, s'a făcut o cură intensă chininică, pilulele următoare cu care a obţinut totdeauna rezultate excelente: arrhenal (0.01 centigr.), lactat de fer (0.05 centigr.), clorhydrat de chinină (0.10), extract de genţiană, pulbere centaură şi canelă q. s. pentru o pilulă. Se dau 2—5 din aceste pilule pe zi, în timp de 5 zile. Se întrerupe apoi 5 zile şi se reià din nou. Se continuă astfel 2 luni.

Cu mixtura lui Baccelli (sulfat de chinină 4 grame, tartrat ferico-potasic 10 grame, acid arsenios 6 centigrame, apă destilată 300 grame), în doza de 2 linguriţe pe zi, am obţinut în câteva cazuri rezultate foarte bune la bolnavii de paludism cronic cu anemie înaintată, cu megalosplenie şi cu caşexie consecutivă.

Dacă am spus aceste câteva cuvinte asupra paludismului cronic, e din cauză că tratamentul său, împedicând recidivele, e în legătură directă cu epidemiologia, şi prin urmare cu profilaxia paludismului.

IX.

Imi rămâne un ultim punct de dezvoltat, care până acum însă, e puţin elucidat: insensibilizarea pentru paraziţi, imunizarea contra malariei.

Dacă s'ar reuşì, să se convertească artificial predispoziţia organică pentru malarie, în imunitate contra acestei afecţiuni, problemul practic al profilaxiei malariei ar fi ca şi rezolvat.

Existenţa unei imunităţi naturale şi a unei imunităţi dobândite, pare stabilită după observaţiile făcute de numeroşi autori.

Pe coasta Africei şi în Indiile neerlandeze, Koch a constatat că indigenii adulţi nu sunt atinşi de paludism.

Malaria nu s'ar observà decât la copii. Aceştia, după un timp oare care (10 ani), ar căpătà imunitatea, cu condiţie însă, ca evoluţia naturală a boalei, se nu fie întreruptă, în timpul copilăriei, prin cura chininică.

Celli, (34) citează la rândul său, câteva exemple de imunitate malarică. Paludici ajunşi până la caşexie şi vindecaţi, au trăit în urmă într'un mediu foarte malaric, fără să se bolnăvească. Din 4 indivizi de felul acesta, numai unul s'a îmbolnăvit, prezentând însă accese de febră foarte uşoare.

La Frăsinet am găsit 55 locuitori, cari bolnavi în copilărie, n'au mai prezentat accese de atunci. Gorescu (85) în comnna Belitori, a făcut aceiaşi constatare, la 36 locuitori.

Observaţiile făcute de numeroşi autori asupra atenuării malariei, în urma epidemiilor grave din anii anteriori, s'ar explicà tot prin imunitatea dobândită.

Aşa la Trinitapoli, rămânând invariabile condiţiile sociale şi cele locale, numai prin imunitatea consecutivă unei pandemii grave, se explică atenuarea maladiei dela 1900 încoace (Labranca) (121).

Perniciositatea şi gravitatea mai mare a malariei la copii, arată că adulţii au căpătat un fel de imunitate.

Tanzarella la (214) Tuturano (Lecce), într'una din localităţile cele mai impaludate şi insalubre din Italia, la 203 adulţi n'a constatat decât 12 cazuri de febră pernicioasă, pe când la 105 copii numărul lor, a fost de 19 (20%).

Laveran (114) nu admite imunitatea şi invoacă contra existenţei sale facilitatea cu care un vechiu paludic, într'o localitate malarică, recidivează sau capătă accese noui.

S'ar puteà însă obiectà, că a intervenit tratamentul chininic în majoritatea cazurilor, ca să întrerupă stabilirea imunizărei.

Kohlbrugge (103) în Java n'a constatat că adulţii au imunitate şi socoteşte părerile lui Koch ca prea absolute.

Firket (63) admite o imunitate relativă a negrilor.

Steuber (207) a constatat însă dese-ori la Dar-es-Salam în sângele negrilor, prezenţa hematozoarului.

Plehn, (157) din observaţiile făcute în Camerun, ajunge se creadă că există o imunitate relativă contra paludismului, la cea mai mare parte din locuitorii coastelor Africei. Paraziţii se găsesc într'adevăr în sângele negrilor în proporţie de 60—70%. Accesele sunt însă la ei de obiceiu uşoare şi se vindecă fără chinină

La copii, cu toată prezenţa de paraziţi în sânge, starea generală e excelentă. El ajunge de aceea la concluzia că în localitățile malarice, copiii au o anumită imunitate moştenită, aşa în cât hematozoarul e un symbiont, indiferent pentru ei.

Plehn crede că dacă la Europeni malaria e mai gravă, aceasta provine din cauza absenţei unei imunităţi moştenite.

Ar fi însă periculos, după el, ca şi după Koch să se caute obţinerea unei imunităţi, lăsând să treacă netratate un număr de accese.

După Plehn se poate însă ajunge la o imunizare artificială prin profilaxia chininică, în doze mici. Administrând 0.50 centigr. la 5 zile, nu se mai produc în cazul când hematozoarul pătrunde în sânge, decât uşoare accese febrile. Paraziţii însă fără se provoace fenomene morbide manifeste, imunizează contra infecţiilor ulterioare.

In afară de imunitatea aceasta, dobândită în urma acceselor de friguri anterioare, s'au făcut numeroase experienţe pentru obţinerea unei imunităţi artificiale.

Celli (34) a experimentat injectând serul convalescenţilor şi a indivizilor imuni, cu rezultate însă constant negative.

Cu serul animalelor imune contra malariei, cum sunt bovideele din campania romană, rezultatele au fost quasi-negative: de abia o durată mai lungă a incubaţiei, care poate foarte bine fi datorită diferenţelor naturale de receptivitate, aşa de variabilă dela om la om. Experienţele lui Kuhn, care pretinde c'a obţinut o imunizare contra malariei, injectând serul cailor cari au suferit de o afecţiune răspândită în Africa de Sud-West («Pferdesterbe»), au o bază teoretică cam şubredă, afecţiunea aceasta fiind datorită, după experienţele lui Nocard (144) şi Theiler, (215) unui parazit diferit de al malariei, un invizibil, care traversează filtrele

In definitiv, chestiunea imunităţii în malarie e încă puţin lămurită şi numai cercetări mai complecte vor puteà stabilì, până la ce punct, imunitatea aceasta există. Obţinerea unei imunităţi artificiale, în scop preventiv, nu va puteà fi încercată, în mod sistematic, decât atunci când malaria se va puteà studià experimental. Se ştie că până acum cultura artificială a hematozoarului, nu s'a putut încă obţine.

X.

Am enumărat pe rând mijloacele, cari pot fi întrebuinţate în combaterea paludismului. Evident că ele nu se exclud, ci din contră, cu cât se va pune în practică un mai mare număr din aceste mijloace, cu atât sorţii de reuşită în combaterea paludismului vor fi mai mari.

Când e vorba de aplicat profilaxia malarică într'o regiune anumită, trebue ţinut seama de circumstanţele locale şi de calculat care din procedee e mai uşor aplicabil şi mai puţin costisitor.

Relevând din memoriile publicate asupra profilaxiei paludismului în ultimii ani, costul diferitelor mijloace întrebuinţate, voiu cità câteva cifre cari ar puteà servì drept indicaţie, pentru cazul când s'ar încercà şi la noi o profilaxie pe o scară mai întinsă.

Inconvenientul *protecţiei mecanice*, residă în costul său relativ urcat. La Grossetto protecţia cu pânză de sârmă, a costat pentru 31 soldaţi 1.200 lei. (Mariotti-Bianchi) (135).

Pentru 20 de locuinţe ale funcţionarilor vamali situate în focare foarte paludice, acelaşi fel de protecţie a costat în 1901, 13,678 lei.

In 1902 protecţia s'a întins la alte 90 locuinţe şi a urcat costul la 51.000 lei. In 1903, în fine, protecţia aplicată la încă 124 locuinţe a costat în total 67.727 lei. (Busca) (22).

Battesti (21) socoteşte pentru Corsica costul protecţiei mecanice, la 8 lei pentru fiecare fereastră şi la 12 lei pentru o uşă. Când sunt mai mult de 5 ferestre, costul poate fi redus cu 15—20%.

Ceea ce urcă mai mult cheltuelile pentru aplicarea protecţiei mecanice, e veranda dinaintea uşei. In cazul însă când se protejază numai camera de dormit, veranda poate fi suprimată.

Pentru a diminuà cheltuelile apărării mecanice, Celli recomandă intr'unele cazuri, înlocuirea pânzei de sârmă cu cea de tarlatan des.

Există, pe de altă parte, modele foarte eftine şi cu toate acestea suficiente de protecţie mecanică. In domeniile Corcolle şi Castiglione se întrebuinţează un fel de corturi, compuse din

2 cadre cu sârmă, articulate la partea superioară şi desfăcându-se jos, pentru introducerea celui care ar voi să se adăpostească sub ele. Costul lor e de 10—20 lei. (Ambrogetti) (4).

In ceea ce priveşte costul mijloacelor pentru *distrugerea larvelor*, am arătat pentru larvicid, că se pot sterilizà 10 m. c. de apă cu 1—5 centime.

Petrolul e la noi mai accesibil. Pentru a calculà costul petrolizării, n'avem decât să multiplicăm numărul metrilor patraţi al suprafeţei apei de sterilizat cu 10 c. c. pentru a obţine cantitatea de petrol necesară pentru fiecare petrolizare.

Vorbind de petrolizare, am arătat cheltuelile enorme necesare, când e vorba de făcut o sterilizare complectă. Astăzi însă majoritatea autorilor recomandă întrebuinţarea petrolizării, asociată cu profilaxia chininică şi pe cât posibil cu protecţia mecanică. In cazul acesta, aplicarea sa n'are nevoe să fie absolut riguroasă şi e mai puţin costisitoare.

Bonificările idraulice sunt cele cari costă cel mai mult şi cu rezultate, cari sunt departe de a fi totdeauna sigure.

Rossi (184) aduce ca exemplu bonificarea idraulică dela Piana di Pesto, unde secarea mlaştinelor începută la 1858 şi continuată de atunci în mod sistematic prin colmataj şi prin canale de scurgere, cu toate c'a costat dejà 6 milioane, n'a avut ca efect să înlăture malaria.

După Celli, idealul igienic al unei bonificări idraulice ar fi sau să se suprime apa cu totul, sau ca apa care rămâne să fie pusă toată în mişcare. Rezultatele acestea se obţin foarte greu, la cea mai mare parte din bonificările idraulice. Cum am spus, desvoltând capitolul acesta de profilaxie paludică, bonificările idraulice se fac mai mult din motive economice decât sanitare, şi au indirect un efect asupra diminuării paludismului, prin ameliorarea condiţiilor economice ale populaţiei.

Numai întregită cu profilaxia mecanică şi chininică bonificarea idraulică dă efecte salutare cum s'a obţinut la termele dela Sardara în Sardinia (Giunti) (82).

Pentru *chininizare,* dacă s'ar vinde chinina direct de Stat, cu preţ redus ca în Italia, 8—10 centime gramul, cheltuelile profilaxiei ar fi, socotind că se dă 2 grame pe săptămână, de 64—80 centime pe lună, ceea ce face lei 2,66—3,20 pentru cele patru luni de profilaxie chininică.

Renunţând la o purificare exagerată a chininei, s'ar puteà vinde gramul cu 3 centime jumătate, ceea ce ar reduce cu mai mult de 50% costul profilaxiei.

Giorgi şi Pagano, (81) Mariani, (139) au arătat într'adevăr că alcaloizii secundari din coaja de chinchina: cinconina, cinconidina, chinidina, au o eficacitate incontestabilă contra acceselor febrile. Separarea lor nu e deci absolut necesară, mai ales când e vorba de întrebuinţat chinina în scop profilactic.

Sunt cazuri numeroase, de altminteri, când profilaxia n'are nevoe să fie prelungită un timp aşà de îndelungat.

Ea poate fi aplicată la lucrători numai în timpul cât muncesc în localităţile paludice şi continuată 7—15 zile în urmă. In cazul acesta costul profilaxiei chininice e foarte mic.

Cheltuelile făcute cu diferitele mijloace de profilaxie paludică, sunt cu prisosinţă compensate, prin beneficiile economice, cari rezultă din asanarea populaţiei.

Cele 15.000 cazuri de moarte datorită malariei, aduceau Italiei, după calculele făcute de economişti, 52 milioane de lei pagubă anuală. Reducându-se mortalitatea cu 50% (7.382 în 1904), beneficiul realizat, în mare parte graţie profilaxiei paludice, e enorm.

Asanarea locurilor palustre ar aveà pe urmă ca efect să redea culturii terenurile întinse, cari astăzi stau necultivate din cauza paludismului. (2 milioane hectare în Italia).

Comparând de altmintreli cheltuelile făcute şi beneficiile realizate în câteva campanii antimalarice, se poate ilustrà şi mai concret, avantajele economice ale profilaxiei paludismului. Aşà pe reţeaua drumurilor de fer a Adriaticei, în 1903, profilaxia pentru 21.667 lucrători, a costat în medie, 1 leu de lucrător. S'a economisit însă 29 106 lei dela subsidiile cari se dau febricitanţilor şi s'a redus cu $^2/_3$ spesele pentru substituirea personalului bolnav de febre. (Spesele acestea erau înainte de introducerea profilaxiei, în medie de 619.262 lei anual).

Cantitatea de chinină întrebuinţată de companie, scade pe fiecare an. De unde în 1903 a costat 37.670 lei, în 1902 costul ei a fost cu 16.000 lei mai puţin (21617). (T. Ricchi) (182).

Societatea drumurilor de fer a Siciliei occidentale a redus cifra malaricilor, cu măsurile aplicate, dela 497 (1902) la 132 în 1903. Numărul zilelor de boală a fost de 932 în 1903 în loc de

5.667 în 1901. Societatea a cheltuit 9.881 lei. S'au realizat însă economii de 12.492 lei faţă de cheltuelile din anii precedenţi, ceea ce face un beneficiu net de 2.613 lei, sau de 24 lei pe kilometru (Sbachi) (209).

In Ismailia Pressat, arată că deşi cheltuelile au fost la început foarte mari, rezultatele obţinute au compensat repede aceste cheltueli. Numărul zilelor de lucru perdute din cauza paludismului a scăzut, în urma măsurilor luate, dela 13.009 (1902), la 1.435 în anul 1904. Salariile plătite lucrătorilor bolnavi în loc de 33.686 ca în 1902, au fost numai de 5.221 în 1904.

Chinină s'a întrebuinţat din ce în ce mai puţină. Costul ei a fost de 6.469 lei în 1904 faţă de 12.385 în 1902.

Toate cifrele pe care le-am citat până acum arată în mod indubitabil avantagele economice, ale profilaxiei paludismului.

Pentru Sardinia după Lay (124) pagubele cauzate prin zilele de muncă perdute din cauza paludizmului şi prin asistenţa bolnavilor, se urcă la 16 milioane lei, fiind dat că 75% din populaţie e impaludată (570.000 paludici din 790.000 locuitori).

Aplicându-se riguros profilaxia chininică, cu ceva mai mult de un milion pe fiecare an (1.274.000), numărul paludicilor ar scădeà repede şi beneficiile realizate ar fi foarte mari.

Un calcul identic s'ar puteà face şi pentru pagubele economice pe cari le cauzează paludizmul la noi. Am obţine cifre enorme, cu mult superioare celor pe cari le-am admis ca pagubă anuală la începutul acestui studiu (2.500.000—3.000.000 lei).

Profilaxia chininică, or cât ar fi de costisitoare, n'ar ajunge niciodată să egaleze pagubele cauzate de paludism. Nu trebue să se uite apoi, că odată chininizarea începută, cantităţile de chinină distribuite scad repede, dejà după primii ani de profilaxie.

Concluzia generală, care poate fi trasă din toate aceste date, e că ori care ar fi costul profilaxiei paludizmului, cheltuelile făcute, ar fi cu mult compensate, prin sporul de muncă, care ar rezultà din asanarea populaţiei.

Paludizmul fiind o afecţiune, care loveşte populaţia tocmai în lunile de vară, când munca e mai utilă decât ori şi când, e una din principalele cauze de inferioritate economică a ţăranului nostru. Nu trebue să uităm că pe fiecare an 30.000—35.000 lucrători străini sunt întrebuinţaţi la noi, prelevând sume însemnate, care ar rămâne în mare parte populației noastre țărănești, în cazul când ii s'ar da cu o sănătate suficientă, posibilitatea de muncă.

E, prin urmare, o datorie de solidaritate socială, ca prin diferite mijloace, să se încerce, stavilirea uneia din epidemiile cele mai răspândite la noi în țară. Chestiunile acestea de interes general, nu se pot însă lăsà la bunul plac al publicului, care în fatalizmul și ignoranța sa, se hotărăște greu, să pună în practică măsurile necesare.

O legislație specială, cuprinzând principalele puncte de profilaxie malarică, se impune și ceeace cu atâta succes s'a făcut în Italia, s'ar puteà cel puțin, în parte face și la noi.

XI.

În Italia malaria și studiul profilaxiei sale au devenit o adevărată chestiune politică și economică.

O serie de legi reglementează vânzarea chininei și modul de a diminuà cauzele paludismului.

Voi da câtevà din punctele cele mai importante ale acestor legi, cari ar puteà servi drept model pentru toate țările paludice (170).

Prima lege votată la 25 Dec. 1900 hotărăște modul cum trebue să se facă vânzarea chininei. Statul e autorizat după această lege să vândă publicului prin intermediul farmaciștilor și al agenților fiscali, în farmacii, ca și în debiturile de tutun sau de sare, chinina obținută direct dela producători sau fabricată de el singur.

Sărurile de chinină sunt preparate după regulele indicate de farmacopeea italiană oficială; ele sunt confecționate sub forma de pastile. Pastilele conțin fiecare 0.20 ctgr. chinină și sunt vândute în tuburi hermetic închise. Fiecare tub conține 10 pastile și prețul vânzării sale pentru public e de 0.40 centime pentru clorhidrat și de 0.32 centime, pentru sulfat și bisulfat. Tarifele farmaceutice au fost modificat conform cu aceste prețuri.

In bugetul ministerului de finanțe sunt înscrise cheltuelile prevăzute pentru cumpărarea și fabricarea chininei, pentru remizele la vânzători, precum și beneficiile provenind din vânzări.

Excedentul de venituri provenind din vânzarea chininei e înscris în bugetul ministerului de interne, formând un fond special, sub numele de subsidii, pentru a diminuà cauzele paludismului.

La 7 Iunie 1901 o altă lege a fost votată pentru diminuarea cauzelor paludismului, ale cărei principale dispoziţiuni sunt următoarele:

Ministerul de finanţe, după avizul consiliilor de igienă provinciale şi al consiliului sanitar superior, determină prin decret, zonele paludice, după gradul de intensitate al epidemiei palustre.

În aceste zone lucrătorii, atinşi de friguri, primesc gratuit chinina, prin îngrijirea administraţiei municipale tot timpul cât durează maladia lor. Cheltuelile făcute de comună pentru cumpărarea chininei sunt repartizate la sfârşitul anului bugetar între proprietarii pământurilor coprinse în zonele paludice, proporţional cu întinderea terenurilor pe cari le posedă.

Lucrătorii Statului au drept la asistenţa medicală gratuită când sunt atinşi de friguri şi chinina le e dată sau de administraţie în socoteala căreia lucrările sunt executate sau de antreprenorul care le dirijează. Antreprenorii cari nu execută această obligaţie sunt pedepsiţi cu amenda de 100—1000 lei. Amendele acestea sunt vărsate la fondul pentru diminuarea cauzelor paludismului.

În limita zonelor paludice definite prin lege, localurile servind pentru adăpostirea funcţionarilor, personalului drumurilor naţionale, provinciale şi comunale, drumurilor de fer, lucrărilor publice, trebue se fie protejate prin pânze metalice de sârmă. Proprietarii şi industrialii, cari vor protege în felul acesta locuinţele lucrătorilor, pot căpătà premii până la 1000 lei, prelevate din fondul, provenit din beneficiile vânzării chininei.

Prin legea din 25 Fevruarie 1904, beneficiul chininizării gratuite a fost întins la toţi săracii, pe cheltuiala comunelor în cazul când asociaţiile de caritate, n'au mijloace se plătească chinina întrebuinţată. Chininizarea devine, după legea aceasta, obligatorie nu numai pentru lucrătorii proprii zişi dar şi pentru copii şi bătrâni.

În urma legei din 19 Mai 1904 a fost sancţionat principiu ca la ori ce lucrător în zonele malarice, chinina să se distribue gratuit nu numai pentru vindecarea, dar şi pentru *prevenirea* boalei.

La sfârşitul anotimpului malaric, chinina întrebuinţată preventiv e plătită, cea pentru lucrătorii agricoli de proprietari, în proporţie cu întinderea terenurilor pe care le posedă, cea pentru lucrătorii industriali de patronii fabricelor, după cantitatea întrebuinţată.

In urma acestor legi, Statul a vândut în 1904—1905 — pentru a nu cità decât cifrele unui singur an — 13.000 chilograme de chinină. Beneficiul care a fost de 171.000 lei s'a vărsat la fondul pentru subsidiile de dat, în scop de a favorizà profilaxia antimalarică. Zonele malarice au fost aproape toate, exact determinate şi un milion de lei e prevăzut în budgetul comunelor, pentru cumpărarea chininei de la stat.

Legile acestea, cari n'au fost numai votate dar şi aplicate, graţie concursului şi activităţei societăţei italiene pentru studiul malariei, au avut rezultate absolut uimitoare.

In 3 ani, mortalitatea malariei a scăzut cu peste 50 %. De unde până la 1901, media mortalităţei pentru ultimii 15 ani a fost de 15.000, fără să se scoboare nici o dată mai jos de 11.000, la 1902—1903 a scăzut la 9908, la 1903—1904 la 8513 şi la 1904—1905 la 7382 ([33]).

Orice comentar e inutil faţă de cifrele acestea, cari vorbesc prin ele singure.

La noi, în ceeace priveşte legislaţia antimalarică, nu există decât o reglementaţie referitoare la asanarea terenurilor palustre şi chiar şi aceea e absolut insuficientă.

Articolul 159 din legea sanitară, arată cine are datoria se asaneze terenurile palustre; sarcina efectuării lucrărei cade asupra statului, judeţului sau comunei, sau asupra aceluia care prin lucrările sale, a provocat cauzele de infecţiune. Acest articol a fost reglementat în 1894 în modul propus de consiliul technic, de pe lângă ministerul lucrărilor publice.

In ceeace priveşte propunerea de lucrări de asanare, şi de convocare a comisiunei technice, ca se studieze la faţa locului măsurile de luat, rolul principal, aparţine medicului şi consiliului de igienă.

Articolul 159 nu obligă însă în mod clar pe proprietari la asanarea bălţilor aflate pe proprietăţile lor, nu regulamentează instituirea obligatorie de consorţii sau sindicate pentru secarea bălţilor şi nu conţine clauze penale pentru cei cari nu se conformă legei (Felix). (67) In privinţa aceasta, legea pentru secarea bălţilor din Italia votată în 1886, modi' cată şi complectată în 1893, ne ar putea servì drept model, ca şi legislaţia recentă antimalarică.

Proectul de lege asupra regulării cursului apelor, prescrisă dejà de regulamentul organic al Munteniei şi Moldaviei (1832) a fost votat de Senat în şedinţa din 10 Martie 1898 şi reglementează unele cestiuni de drept, cum sunt procedeele de executare în comun a lucrărilor de asanare, care interesează pe mai mulţi proprietari etc.

In noua lege comunală, e prevăzut ca din cele 5 zile de prestaţie pe care e dator după legea drumurilor să le facă ţăranul, 2 să fie întrebuinţate în scopuri sanitare, ca astupări de băltoace de pe lângă puţuri, secări de mici bălţi etc.

Doctorul Daniil Ionescu, (91) medicul primar de Romanaţi, făcând socoteala zilelor de prestaţie, care ar puteà fi întrebuinţate în scopuri sanitare ajunge la cifra de 62.754 zile, care transformate în bani, reprezintă suma de 256.862 lei. Cu drept cuvânt spune doctorul Ionescu, că s'ar puteà aduce la îndeplinire cu suma aceasta asanări numeroase în judeţul Romanaţi. Acelaşi calcul s'ar putea face şi pentru celelalte judeţe.

Toate legile acestea pentru bonificările idraulice chiar când ar fi bine alcătuite şi serios aplicate, sunt absolut insuficiente, fiind date noţiunile noi de epidemiologie malarică, ca să înlăture paludismul. Avem nevoe şi noi de legi ca cele din Italia, cu modificări, cari s'ar adaptà la condiţiile noastre economice.

In felul acesta numai şi atunci când publicul pregătit printr'o propagandă continuă îşi va da seama de necesitatea unei profilaxii sistematice vom puteà şi noi să obţinem rezultate, asemănătoare cu acele din Italia.

XII.

Ajungând la sfârşitul acestei reviste generale, se poate vedeà cât de complex e problemul unei profilaxii eficace a paludismului. E o operă în care medicul singur e desarmat.

Trebue concursul a numeroşi factori economici şi sociali, ca să se poată obţine rezultate, cari să însemne cevà.

Pentru organizarea unei lupte serioase contra paludismului

Celli (³³) (Atti, 1905) propune o serie de măsuri, cari cu ușoare modificări s'ar puteà aplicà și la noi.

Cele mai importante din aceste măsuri ar fi următoarele:

a) Propaganda educativă populară pentru a învinge ignoranța și neprevederea populației rurale care nu-și dă seama de gravitatea paludismului. Pentru propaganda aceasta s'ar puteà utilizà mai cu seamă broșurile de vulgarizare și conferințele însoțite de demonstrații practice făcute de învățători, de agenți sanitari, de preoți, în urma inițiativei medicului, care îi va pune prealabil în curent cu punctele principale din profilaxia paludismului.

Broșurile de vulgarizare, scrise în stil popular și conținând sfaturi asupra modului de a tratà și de a prevenì malaria sunt de o utilitate incontestabilă. In Italia societatea pentru studiul malariei a răspândit până în prezent 150.000 de asemenea broșuri.

Toate autoritățile publice pot contribuì la opera aceasta de propagandă. In Italia ministerul de instrucție publică, într'un regulament pentru profilaxia maladiilor infecțioase, afișat în școli, a atras atenția asupra măsurilor de luat contra malariei.

Ministerul de finanțe a distribuit mii de afișe, asupra vânzărei chininei de stat și asupra modului său de întrebuințare.

Ministerul de agricultură desvoltă o largă propagandă cu ajutorul profesorilor ambulanți de agricultură; ministerul poștelor prin factorii rurali.

In felul acesta și cu ajutorul puternic al presei, se pot vulgarizà cunoștințele noi asupra epidemiologiei și profilaxiei paludismului și în acelaș timp se poate ajunge, să se desrădăcineze prejudecățile, cari există încă în popor, asupra întrebuințării chininei.

Un puternic mijloc de propagandă e formarea de ligi antimalarice.

Activitatea prodigioasă a italienilor în combaterea paludismului, se datorește în mare parte imboldului dat de „Societatea pentru studiul malariei“.

Cu mijloace absolut modeste (în 1904 n'a încasat decât 6.673 lei din cotizațiile membrilor săi) liga aceasta, ajutată ce e drept și de ministerul de lucrări publice, care pune la dispoziția membrilor săi bilete de liber parcurs și de ministerul de interne, care îi dă chinina, a putut în 6 ani dela fondarea sa, se organiseze dela un cap la altul al Italiei un mare număr de stațiuni antimalarice şi se publice 6 mari volume, conţinând 186 memorii, isvor de informaţii preţioase pentru toţi cei cari se ocupă de paludism. Particularii au contribuit la rândul lor la sprijinul acestei societăţi. Membrii fondatori s'au înscris anul trecut cu 61.000 lei. In plus au fost şi donaţii în valoare de 2.760 lei.

Există deci în Italia o întreagă mişcare de opinie publică pentru combaterea paludismului şi după cum am văzut mai sus, rezultatele au întrecut toate aşteptările, de oarece în 3 ani mortalitatea malarică a scăzut cu 50%.

Ligi de felul acesta au fost fondate şi în alte ţări paludice. Aşà în Corsica Battesti a luat iniţiativa unei ligi contra paludismului, care vinde cu 15 centime, gramul de chinină aderenţilor săi.

In Algeria liga creată în 1903 după modelul celei din Corsica vinde gramul de chinină cu 5 centime numai (142).

b) Propaganda prin aşà zisele staţiuni antimalarice.

Staţiunile acestea nu mai au nevoe se dovedească ştiinţificeşte, eficacitatea măsurilor antimalarice, de oarece dovada aceasta e cu prisosinţă făcută, ci se serve ca un exemplu pentru populaţia impaludată de ce se poate obţine cu măsuri raţionale.

In Italia în 1900 au fost numai 7 staţiuni antimalarice cu 38 de medici. In 1904, 24 cu un foarte mare număr de medici. Numai pe reţeaua drumurilor de fer a Adriaticei, 218 medici au organizat campania antimalarică:

Toate legile oricât ar fi de bune rămân literă moartă, atât cât nu intră în moravuri. Exemplul reuşitei profilaxii malarice în staţiunile acestea servă de imbold pentru locuitorii satelor d'imprejur, care la rândul lor vor căutà se utiliseze mijloacele întrebuinţate cu succes de vecinii lor. Cât pentru locuitorii cari nu voesc să se supună la profilaxia chininică şi rămân ca martori, cum o bună parte din ei se impaludează pe când cei trataţi, rămân sănătoşi, exemplul lor propriu îi va determinà se devină anul viitor, adepţi ai profilaxiei.

Staţiuni de felul acesta ar trebuì se existe în ţările malarice, cel puţin câte una, în fiecare din zonele impaludate şi concursul complect dat de autorităţi şi de particulari se le asigure succesul.

c) Crearea unui serviciu medical auxiliar antimalaric. La noi unde există pentru populaţia rurală un medic la 38.890 locuitori crearea serviciului acesta antimalaric e mai utilă de cât ori şi unde. Medicul de plasă, dejà supra-încărcat de atribuţiuni, nu se va puteà însărcina şi cu măsurile de profilaxie paludică. Trebue un medic special numai în scopul acesta.

Medicul însă nu poate supraveghià singur distribuirea chininei şi aplicarea tuturor măsurilor de profilaxie paludică, cu atât mai mult că are în atribuţiunile sale şi cercetări microscopice — examenul sângelui, etc. — cari iau timp destul de mult. El trebue se fie ajutat, prin urmare, de agenţi sanitari special dresaţi pentru serviciul antimalaric.

In Italia un astfel de serviciu auxiliar de agenţi sanitari a fost organizat încă din 1900 în agrul roman. In anul prezent el funcţionează şi în Sicilia în urma iniţiativei societăţi „Crucea roşie italiană“.

De alungul litoralului austriac, sub direcţia lui Celebrini, (46) serviciul acesta există de mai mulţi ani.

Beneficiile provenind din vânzarea chininei — în cazul fabricărei ei de stat ca în Italia, — ar puteà fi întrebuinţat în parte cel puţin, pentru remunerarea serviciului acesta antimalaric.

O altă măsură necesară e ca medicii spitalelor se poată procurà convalescenţilor chinina indispensabilă, ca se continue, odată eşiţi din spitale, cura începută. Numai astfel recidivele, cari după cum am văzut, întreţin şi prelungesc epidemiile, vor putea fi diminuate.

d) Colaborarea proprietarilor, a industriaşilor, a tuturor particularilor în fine. Pentru aceasta însă, o lege e necesară. Atunci când, ca în Italia, legea obligă pe proprietarii agricoli şi pe industriaşi să plătească chinina distribuită lucrătorilor, şi unii şi alţii au interesul să n'o risipească şi s'o întrebuinţeze cât mai util, curativ şi preventiv.

e) Distribuirea regulată a chininei de către stat. In lunile mai cu seamă de epidemie, chinina ar trebuì se fie pusă cu profuziune la dispoziţia malaricilor, pentru cura lor prelungită şi în tr'acelaş timp şi pentru profilaxia celor sănătoşi. Cheltuelile făcute de comune pentru cumpărarea chininei, s'ar repartizà la sfârşitul exerciţiului bugetar, o parte cel puţin dacă nu toate, între diferiţii proprietari, adoptându-se textul legislaţiunii italiane.

Acestea sunt măsurile cari ar trebuì, în primul rând, se fie luate, pentru a organizà campania antimalarică.

Alături de mijloacele de profilaxie directă, există însă şi o profilaxie indirectă, foarte importantă, dar și mai dificilă de realizat.

Ori ce cauză capabilă, se augmenteze forța de rezistență a organismului, lucrează favorabil și contra paludismului.

Se explică astfel dispariția sa, din unele țări altă dată foarte impaludate. In Anglitera. pe timpul lui Sydenham, malaria era foarte răspândită. Ea a dispărut însă de mult, aproape complect. Intr'acelaș fel în Franța, în Germania, în Olanda paludismul a diminuat din ce în ce. Ameliorările economice și igienice ale populației au adus rezultatul acesta.

Din contra, el a perzistat în toate regiunile cu populația puțin rezistentă, din cauza mizeriei fiziologice.

Țăranul nostru cu un deficit de nutriție permanent, e victima desemnată a tuturor epidemiilor, și prin urmare, și a paludismului.

Progresele economice și igienice sunt însoțite de o scădere a endemiei palustre. Astfel se explică de ce construirea de locuințe mai sănătoase, întrebuințarea unei bune ape de băut, ameliorând starea generală a sănătății, au indirect influență și asupra paludismului. Oboselele, excesele de tot felul, alcoolismul, au din contră o influență predisposantă ca și pentru multe alte maladii.

Indreptarea condițiilor de trai a populației dela sate — cea mai atinsă de paludism — nu se va puteà însă obține, decât prin concursul unui mare număr de factori economici și sociali și în primnl rând, în urma organizărei mai sistematice și mai conștiente, a puterei sale de muncă.

O populație însă istovită de boală, n'are energia necesară, ca să-și creeze o viață mai bună și prin urmare mai igienică.

Rezultă astfel un cerc vițios, care nu va încetà să existe decât atunci, când se vor înlăturà cauzele care îl întrețin.

Paludismul e una din aceste cauze și combaterea sa ca și a celorlalte boale de altminteri — pelagra, tuberculoza, sifilisul — trebue să devină principala grijă a celor chemați, să se ocupe de sănătatea publică.

Mijloacele de întrebuințat pentru aceasta sunt numeroase și expunerea lor, cu toate amănuntele pe care le comportă, a fost scopul acestui articol.

Aparţine iniţiativei medicilor ca să provoace punerea în aplicare a acestor mijloace şi e o datorie de solidaritate socială şi pentru stat, ca şi pentru particulari, ca să-i ajute în opera aceasta.

BIBLIOGRAFIE

1) **Anderson D. E.** — Discussion on the Prophylaxis of Malaria. (*Brit. med. Journ.* 1904, Sept. 17.

2) **Abbadie.** — Sur les fièvres paludéennes. (*C. R. de l'Acad. des Sc. XCV,* p. 897, 1872.
— Remèdes prophylactiques des fièvres palud. *Ibid.* CXX, p. 488, 1895.

3) **Aaron.** — In Lamborn: Dragon-Flies versus Mosquitoes New-York, 1890.

4) **Ambrogetti P.**—La campagna antimal. a Corcolle. Atti della Società per gli studi della malaria. IV, 1903, p. 332.

5) **Alvaro G.**— La malaria nell'esercito nell'ann. 1904. Atti, VI, 1905, p. 461.

6) **Blanchard R.** — Toiles métalliques contre les moustiques. *Arch. de Parasit,* IV, p. 319. 1902.

7) **Blanchard R.** – Les Moustiques (Histoire nat, et mèdic.). Paris, 1905, Rudeval ed.

8) **Baroncea S.** -- Contribuţiuni la studiul paludismului. Teză Buc. 1899.

9) **Best.** — In *Mac Gregor* Malaria etc. (*Brit. med. journ.* 1902, vol. II, p. 1889.)

10) **Bludau.** — Die Bekämpfung der Mal. in Puntacroce. (*Zeitschr. f. Hyg.* 1903, XLIII, p. 67.

11) **Bignami e Bastianelli.** — Azione della chinina sulle semilune. Communicazione al X Congr. di Med. int. Roma 1900.

12) **Bianchi G. e Giusani N.** La malaria nella Laguna Veneta. Atti, 1902, III, p. 296.

13) **Bertarelli E.** — La profil antimal. nel soborgo Bertolla in Torino. Atti, 1904, V, p. 385.

14) **Barone.** Suplim. al Policlinico, 1900, Ottobre.

15) **Beutenmüller W.**—Essay on the destruction of the mosq. *In Lamborn loc. cit.* p. 99—127.

16) **Baldi A.**—I primi experienzi di protezione del personale ferroviario dalla mal. *Supl. al Policlinico, 1901 Febr.*

17) **Boccanera T.**—L'opera antimalarica dei medici del Suburbio e dell'agro romano nell'an. 1904. Atti, 1905, VI, p. 349.

18) **Buchanan.**—Lancet, 1898, Ian.

19) **Battesti.**—Observations sur le paludisme en Corse 1901, Bastia.

20) **Battesti.**—Comment on se défend contre le paludisme 1902, Bastia.

21) **Battesti.**—Ligue corse contre le paludisme 1902, Bastia.

22) **Busca.**—La malaria tra le guardie di finanze negli anni 1901—1902. Atti, 1904, V, p. 743.

23) **Celli A.**—Epidemiolog. e profil. de la malaria. *Giornale d'Ig.* 1899, X.

24) **Celli A e Casagrandi.**—La distruzione delle zanzare. *An. d'Ig. sperim.* 1899, X. p. 317.

25) **Celli A.**—Sull'immunità dell'infez. malar. Atti, 1901, II, P. 68.

26) **Celli A.**—L'epid. della mal. sec. le recenti vedute biologiche Atti, 1901, II, P. 76.

27) **Celli A.**—Sulla nuova profil. de la mal. Atti, 1901, II, P. 291.

28) **Celli A. e Gasperini.**—Paludismo senza malaria. Atti, 1902, III, P. 115.

29) **Celli A. Carducci A. Casagrandi O.**—Primi tentativi di ricerca di una emolisina nella malaria. Atti, 1902, III, P. 146.

30) **Celli A. e Carnevali A.**—La campagna antimalarica nella bassa valle dell'Aniene durante il 1901. Atti, 1902, III. p. 367.

31) **Celli A.**—La malaria în Italia durante il 1901. Atti 1902, III, P. 628. *Arch. Ital. de biol.* 1902, XXXVII, 209.

32) **Celli A. Casagrandi e Carducci A.**—Ulteriori tentativi p. l. ricerca di una emolisina nella infez. mal. Atti, 1903, IV, p. 59.

33) **Celli A.**—La malaria in Italia durante il 1902, 1903, 1904. Atti, 1903, IV, p. 543; 1904, V, p. 865; 1905, VI, p. 623.

34) **Celli A.**—La malaria secundo le nuove ricerche 3-a Ediz. 1905 Roma. Soc. editr. Dante Alighieri.

35) **Cardamatis.**—Rapp. du palud. avec la grossesse et l'accouch. *Grèce médicale* 1903, 18—20 anal. in *Bulletin médical*, 1903, p. 1060.

36) **Campenhout V. et Dryepondt.**—Rapp. sur les trav. du labor. de Léopoldville en 1899—1900, Bruxelles 1901.

37) **Chase.**—Boston medic journal. Vol. 149, No. 5.

38) **Capogrossi A.**—Valore diagnostico del potere aglutinante del siero del sang. dei malarici. Atti, 1904, V, p. 65.

39) **Caccini A.**—Sulla latenza della malaria. Atti, 1904, V, p. 93.

40) **Curtis J.**—Zoologisch. Resultat. der 2-ten Nordpolarreise. *Arch. f. Naturgeschichte*, 1836, I, 183—203, 280—302.

41) **Centani E e Orta P.**—La malaria in provincia di Ferrara. Atti, 1901, II, p. 218.

42) **Carducci A.**—Sulla cura e sulla causa delle recidive nel. malar. Atti, 1905, VI, p. 27.

43) **Chiaiso.**—Note sulla malaria nell'esercito negli anni 1902—1903. Atti, 1904, V, p. 723.

44) **Campeggiani M.**—La profil. antimal. nella bassa vale dell'Aniene nel 1904. Atti, 1905, VI, p. 365.

45) **Chaudoye et Billet.**—*Arch. de médec. milit.* 1903.

46) **Celebrini E.**—Relazione della camp. antimal. nel litorale austriaco n. 1903. Atti, 1904, V, p. 349.

47) **Cropper.**—The geographical distribut. of anopheles in Upper Palestina. *Journ. of hyg*, 1902, p. 47—57.

48) **Dionisi.**—Anat. Forschung. in d. Aetiol. der malar. u. d. Leistung. d. Italiener in derselben. Folia hematologica, 1904, I, 5.

49) **Daniels.**—Summary of researches on the malaria in British Centr. Africa. *Brit. med. journ.* 1901, Nr. 2091.

50) **Dupuy J.**—Epidémiologie de la fièvre jaune à Rio-de-Janeiro et Cuba. *R. d'Hyg.* 1905 Janv.

51) **Doty.**—Brit. med. journ. 1901 Sept. 7, p. 645.

52) **Dock.**—Journ. of. tropic. med. 1902 Dec. 15.

53) **Duncan A.**—Discus. on. prophyl. of mal. *Brit. med. journ.* 1904 Sept., p. 639.

54) **Ewing.**—*Journ. of experim. medic.* 1901, V, p. 429.

55) **Emily.**—*Arch. de med. navale,* 1901, Oct. p. 255.

56) **Eaton A. A.**—Eucalyptus versus Mosquitoes *Insect life*, 1893, V, p. 268.

57) **Frosch P.**—Die Malariabekämpfung in Brioni *Zeitschr. f. Hyg.* 1903, XLIII, p. 5—67.

58) **Foulquier E. V.**—Câtevà cuvinte asupra cauzelor impaludismului. Teză, Buc. 1892.

59) **Fermi C. e Lumbau.**—Tentativi di protez. contro le zanzare mediante mezzi chimici. Atti, 1901, II, p. 6. *Centrlblatt. f. Bakt.* 1900, 28, p. 179.

60) **Fermi C. e Cano Brusco.**—Esp. profil. contro la mal. instituito allo stagno di Liccari. Atti II, 1901, p. 315. *Ctrlblatt f. Bakt.* 1901, 29. p. 285.

61) **Fermi e Tonsini.**—La profil. della mal. e la destruz. delle zanzare nell'isola dell'Asinare. Atti, 1901. II, p. 20.

62) **Federici O.** — La profil. antimal. nelle saline di Corneto nel. 1901. Atti. 1902 III, p. 339.

63) **Firket.**—Acad. royale de médec. de Belgique. 1900. Juin.

64) **Friedrichsen.** — Die Pferdesterbe in Ostafrika. *Arch. f. Schiff u. Tropenhyg.* 1904. VIII, p. 49.

65) **Felix I.** — Rap. gen. asupra igienei publ. a Capitalei pe 1887. Bucureşti 1888.

66) **Felix I.** — Rap. gen. asupra igienei publ. a Capitalei pe 1890. Bucureşti 1890.

67) **Felix I.** — Rap. gen. asupra igienei publ. pe anii 1896—1897. Bucureşti 1899.

68) **Felix I.** — Istoria igienei în România în sec. XIX. Part. I. Bucureşti, 1901.

69) **Gheorghiu D.** — Câtevà observaţiuni asupra parasitului malariei. Teză. Bucureşti. 1892. *An. Inst. Bact.* 1903.

70) **Golgi.** — Sull'infezione malarica. *Arch. p. l. sc. med.* 1886. X.

71) **Gorkom.** — Unitatea parasitului malariei. Geneesk. Tijdschr. Voor Nederl. Jnd. 1902. Anal. in Laveran. Paludisme, Trait. med. Brouardel Gilbert. ed. II. Paris, 1905.

72) **Grawitz E.** - Epidemiologischer Beitrag zur Frage der Malaria-Infection. *Berl. Kl. Woch.*. 1900. Jan.

73) **Gosio B.**—Die Bekämpfung der Malaria in der Maremma-Toscana. *Zeitschr. f. Hyg.* 1903. XLIII. p. 156—206.

74) **Glogner.** — Ein Betrag z. Beurteilung der Malariarecidive u. ihrer Behandlung. Berlin 1901. *Virchows Archiv.* CLXVI.

75) **Gualdi e Martirano.** — L'azione della chinina sulle semi-lune. Atti 1901. II, p. 1.

76) **Grassi B.** — Studi di uno zoologo sulla malaria. Roma. 1901. 2-a ed. Suplim. 1902.

77) **Grassi B.** — Per la lotta contro la malaria. Policlinico. 1901; Rendi cont. della R. Acad. dei Lincei. IX. 1900; *Central f. Bakt.* 1900. 28. 17.

78) **Gaglio.** — Sulla iniezione ipodermica del cloridrato di chinina con uretano. Atti. 1905. VI, p. 77.

79) **Gautier A.** — Médication arrhénique. *Bulletin Ac. de médec.* 11 et 25 fevr. 1902.

80) **Guiart.** — Le paludisme de la campagne romaine et les récentes exper. du prof. Grassi. *Arch. de parasit.* 1902. V. p. 401.

81) **Giorgi e Pagano.** — Policlinico. IX. April. 1903.

82) **Giunti L.**—Bonifica e proffilasi antimalarica durante gli anni 1900—1904. Atti. 1905. VI. p. 599.

83) **Galli-Valerio B. e. Rochaz-de Jongh.** — Il focolaio malarico dell lago del Piano. Atti. 1903. IV. p. 185.

84) **Galli-Valerio B. e Rochaz-de Jongh.** — Studi e ricerchi sui culicidi dei generi Culex e Anopheles. Atti, 1903. IV. p. 3; Atti. 1904, V. p. 1; Atti. 1905. VI. p. 1.

85) **Gorescu C.**—O campanie antipaludică făcută în comuna Belitori (Teleorman). Teză. Bncureşti. 1905.

86) **Herz.**—Malaria Krankheiten. *Ziemssens Handb. d. spez. Path. u. Therap.* 3 Aufl. 1886.

87) **Harris.** —Modifications of Romanowsky stain. *Centrablatt f. Bakt.* XXXIV p. 188.

88) **Howard.** —Mosquitoes; how they carry diseases etc. New-York, 1901.

89) **Hacman G.**—Despre febra pernicioasă palustră în România. Teză Buc. 1901.

90) **Istrati C. I.**—O pagină din istoria contimporană a României din punctul de vedere medical, economic şi naţional. Bucureşti, 1880.

91) **Ionescu Daniil.** —Cum s'ar puteà asanà localităţile palustre. Igiena şi medicina practică. 1905, April.

92) **Irimescu S.**—Studii asupra paludismului. Raport prezentat directorului gen. al serv. sanit., asupra camp. antimal. dela Frăsinet. *Bulet. Sanit.* 1905, April.

93) **Jancso N.** — Cercet. asupra desvolt. parasit. în ţânţarii anopheles. Comunic. făc. Ac. ungară referat. Folia hematologica 1905.

94) **Jancso N.** — *Centralbatt f. Bakt.* XXXVI. 5.

95) **Jancso N.**—*Deutsche Arch. f. Klin.* Med. LXXVI. p. 474.

96) **Jonge.**—Tjatjap als Malariaheerd. *anal. Berl. Klin. Woch.* 1903, No. 13.

97) **James a. Christophers.**—The succes of Mosquito Destruction Operations. *Brit. med. journ.* 1904, Sept. p. 631.

98) **Kershbaumer F.** —Malaria. Ihr Wesen, Ihre Enstehung Wien, 1901, Braumüller.

99) **Koch R.**—Berichte u. d. Tätigkhait d. malaria expedition *Deutsche med. Woch.* 1899. No. 37; 1900, 5, 17, 18, 25, 34.

100) **Koch R.**—Ber u. d. Ergebnisse d. Forsch. in Deutsch Ostafrica *Arbeiten aus dem Kais. Gesundheitsamte* 1898, XIV, 2, p. 295.

101) **Koch R.** — Zusammenfassende Darstellung d. Ergebn. der Mal. Exp. *Deutsch. med Woch.* 1902, 49.

102) **Kermorgant.**— Instruct. concernant les mesures à prendre contre les malad. epid. et contag. Paris, 1903.

103) **Kohlbrugge.** — Kritische Betr. über d. Malaria exp. von R. Koch *Virchows Archiv.* 1900, CLXI.

104. **Kerner.**—Beitr. z. Kentn. der Chinin Resorption *Arch. f. die ges. Phys. des Menschen* 1869.

105) **Kuhn.** Impfung gegen Malaria Leipzig 1902. A. Barth.

106) **Kourlov şi Verner.**—Contrib. la studiul infl. ţânţ. în palud. (Sibirsk. Vratcheb viedomosti. 1 Dec. 1902 *Anal. Cheinisse: Sem. médicale.* 1904. p. 178.

107) **Korteweg C. P.**—Prophyl. einer Epid. mittelst. Chinintherapie. *Deutsche med. Woch.* 1903, No. 46—47 p. 852.

108) **Leyden E.** — Verein f. inn. medizin 1904, Oct. 17. *Deutsche med. Woch.* 1904, p. 1697.

109) **Loeffler F.** — Die Malariakrankheiten *Die Deutsche Klinik* II Infectionskrankheiten Berlin, 1903, Urban u Schwarzenberg.

110) **Lehmann-Neuman.** Lehrbuch. d. Spez. Bakt. Diagnostik. II. München 1904.

111) **Laveran A.** — Traité du paludisme Paris 1898.

112) **Laveran A.**—Au sujet de la destr. des larves par le pétrole, (*C. R. soc. biol.* 1900. Janv.)

113) **Laveran A.** — Sur la prophyl. du palud. en. Corse *Bulletin Ac. med.* 1901, 24 Dec.

114) **Laveran A.** — Prophylaxie du paludisme, Paris, 1903.

115) **Laverau A.** — Procédés de coloration des protozoaires du sang. *C. R. soc. biol.* 1903.

116) **Lewkovicz.** — *Wiener Klin. Woch.* 1900, Nr. 9—10.

117) **Lenz.** — Die Malariaassanierung der Aussenwerke der Seefestung Pola. *Wien. Kl. Woch.* 1904, p. 14.

118) **Lamborn.** — Dragon Flies versus Mosquitœs, New York 1890.

119) **Leishmann.** — The application of Romanowsky stain in malaria, *Brit. med. journ.* 1901, I, p. 635; II p. 157.

120) **Low a Sambon.** — Report on two exper. on the mosq. mal. theory instit. by the colonial office etc., *Medico chir. Transactions*, LXXXIV, 1902.

121) **Labranca.** — La malaria in Trinitapoli negli anni 1902 & 1903. Atti V, 1904, p. 663.

122) **Leon N.** — *Bul. soc. ştiinţelor.* 1904.

123) **Leon N.** — Istoria naturală medicală a poporului român, Bucureşti 1903.

124) **Lay.** — Profil. chininică în Teulada (Sardegna). Atti, VI, 1905. p. 611.

125) — Ligue scolaire contre les moustiques, Janus, 1902, XI p. 527.

126) **Marc Serg.** — Malaria in Turkestan *Zeitschr. f. Hyg.* XLV p. 365.

127) **Manolescu N.** — Insalubritatea caselor ţărăneşti din plaiul Buzău. *Jurn. soc. şt. med.* Bucureşti, 1878.

128) **Maurer.** — *Centrablatt f. Bakt.* XXXVI 695.

129) **Martini E.** — Verhandl. d. Deutsch. ges. f. offentl. Gesundheitspflege. *Hygienische Rundschau* 1903 p. 382.

130) **Martini E.** — Ueber die Verhütung eines Malariaausbruches b. Wilhelmshaven XLIII, *Zeitschr. f. Hyg.* p. 206.

131) **Martirano F. e Gualdi T.** — L'azione della chinina sulle semilune. Atti, 1901. II p. 1

132) **Matei.** — La profil. mecanica colle proteziune dell'uomo dalle zanzare. *Ann. d'Igiene sperim*, 1900, XI; *Centralbatt f. Bakt.* 1900, XXVIII p. 189.

133) **Martirano F.** — Un esp. di profil, antimal. a Ofantino. Atti, 1901, II p. 319.

134) **Măldărescu N.** — Consid. sur l'orig. et la nature du miasme paludéen. Thèse, Paris 1865.

135) **Mariotti-Bianchi** — *Giornale med. del Reale Eserc. ital.* 1902, Mai, p. 486.

136) **Marchiafava e Bignami.** — La infezione malarica 1902, F. Vallardi ed.

137) **Michon.** — *Bul. Ac. med.* 1903, Mai 5.

138) **Mariani F.** — La camp. antimal. a Foro Appio, Atti, 1903, IV p. 356.

139) **Mariani F.** — L'assorbimento e l'eliminaz della chinina e dei suoi sali. Atti, 1903, IV p. 72; Atti, 1904, V p. 211.

140) **Modigliano.** — Ciocolatini al chinino di Stato, Atti, 1905, VI p. 95.

141) **Mannaberg.** — Die Malariakrankheiten, Wien 1899.

142) **Moreau L. et Soulié R.** — La lutte contre le palud. en Algérie Congrès colon. francais 1904. *C. R. sect. med. et hyg. colon.*, p. 250—256. Paris Rudeval ed.

143) **Nuttal H. F a. Shipley.** — Studies in relation to Malaria. *Journ of. hyg.* I, 1901; II, 1902.

144) **Nocard A.** — La «horse sickness» maladie des chevaux de l'Afrique du sud. *Bull. soc. mod. veterin*, 1901, XIX p. 38.

145) **Nocht.** — Encyclopädie d. mikroskop. Technik II. art. Malaria p. 779—788 Berlin 1903.

146) **Obedenar M. G.** — Des fièvres des marais. Bucarest, 1871.

147) **Obedenar M. G.** — Cercetări asupra intoxic. pal. Bucureşti 1873.

148) **Obedenar M. G.** — Despre friguri, mic tractat popular. Bucureşti, 1873.

149) **Obedenar M. G.** — Malaria in Gaz. hebdom. de méd. Paris, 1877.

150) **Obedenar M. G.** — La region danubienne şi les Roumains in Dict. encycl. des sc. medic. Dechambre, Paris, 1877.

151) **Ollwig.** — Ber. über d. Tätigkeit d. nach. Ostafrika z. Bekämpf. d. mal. ents. Kommis, *Zeitschr. f. Hyg.* XLI, p. 403.

152) **Ollwig.** — Die Bekämpfung d. Malaria. *Zeitschr. f. Hyg.* XLIII, p. 133.

153) **Petroianu P.** — Contrib. la stud. Palud. în jud. Vlaşca. Teză, Bucureşti, 1899.

154) **Plehn A.** — Weiteres über Malaria, Immunität u. Latenz periode. Jena 1901. Fischer.

155) **Plehn A.** — Über Tropenanämien etc. *Deutsch. med. Woch.* 1899. nr. 28—30.

156) **Plehn A.** — Blutuntersuch. in tropisch. Fiebergegend. *Arch. f. Schiff* u. Tropenhyg. 1897. I.

157) **Plehn A.** — Malaria d. Afrikanischen Negerbevölkerung, Jena 1902, Fischer.

158) **Polettini U.** — La malaria nel Veronese Atti, 1903, IV, p. 120.

159) **Polettini U.** — La malaria nel municipio Vigasio. Atti, 1904, V, p. 461.

160) **Plumacher.** — The castoroil plant and mosquitoes. *Journ. of tropic. med.* 1904, IV, p. 49.

161) **Pallas.** — Voyages dans plusieurs provinces de l'Empire russe etc. Paris, 1794.

162) **Pasquini e Giorgi.** — La camp. antimal. del 1902 nella Maremma Grossetana. Atti, 1903, IV, p. 299.

163) **Postempski.** — La camp. antimal. della Croce Rossa Ital. Roma, 1902.

164) **Pressat.** — Le paludisme et les moustiques. Paris, 1905, Masson.

165) **Pezza F.** — Studi sperim. sulla profil. antimal. in risaia. Atti VI, 1905, p. 217.

166) **Panea I.**—In chestia paludismului din ţară. *România medicală*, 1905, No. 5—7.

167) **Panse O.**—Die Malaria a. d. Eingeborenen etc. *Arch. f. Schiffs. u. Tropenhyg*, 1902. ref. Berl. Kl. Woch 1903. p. 13.

168) **Panichi e. Celli.**—Sull'immunita dall'infez, malarica. *Ann. d'Ig sperim.*, 1900, IV.

169) **Perrone E.**—Sui costumi delle larve . . in relaz. con le bonifiche idrauliche. *Ann. d'ig. sperim*, 1901—902, XI p. 1—24; XII p. 161—194.

170) — La lutte contre le paludisme en Italie. Monopole de la vente de la quinine par l'état *Arch. parasit,* 1902, V p. 614—632.

171) **Ross Ronald.**—On some peculiar pigmented cells found in mosquitoes feed on malarial blood. *Brit. med. Journ.*, 1887 Dec.

172) **Ross Ronald.**—Instructions for the prevention of. malarial fever. Liverpool school of. tropical medicine 1900.

173) **Ross Ronald.**—First progress Report of the campaign against mosquitoes in Sierra Leone. Liverpool 1901.

174) **Ross Ronald.**—Mosquito-Brigades aud how to organise them. London, 1901.

175) **Ross Ronald.**—The antimalaria Experiment at Mian Mir. *Brit. med. Journ.*, 1904 Sept.

176) **Ross Ronald.**—Report on malaria at Ismailia aud Suez Liverpool school of tropic. Med. Mem. 5. 1903.

177) **Ruge R.**—Einführung in d. Stud. d. Malariakrankheiten m. besond. Berücksichtigung der Technik, Jena 1901

178) **Ruge R.**—Handbuch der pathog. Mihroorganismen (Kolle-Wassermann) artic. malaria.

179) **Ruge R.**—Zur. Erleichterung d. mikrosk. Malaria diagnose. *Deutsch med. Woch.* 1903 p. 205.

180) **Romanowsky D.**—Zür Frage d. Parasitologie d. mal. *Petersburger med. Woch.*, 1891 XVI p. 297—302 şi 307—315.

181) **Reuter H.**—Weitere Beiträge Z. Malariaplasmodienfärbung. *Ctrbl. f. Bact.*, 1902, XXXII p. 842.

182) **Ricchi T.**—La campag. antimal. nelle Ferovie Adriatiche. Atti, 1902 III, p. 532; Atti, 1903 IV, p. 469; Atti 1904, V p. 769; Atti 1905, VI p. 497.

183) **Rosenau M. Y.**—Desinfection against Mosquitoes with formaldehyd aud Sulphur dioxyd. *Bul. of. the Hyg. Labor*, 1901, 6.

184) **Rossi G.**—Dell'influenza di alcune bonifiche idrauliche sulla mallaria in provincia di Napoli e Terra di Lavoro. Atti, 1903, IV p. 377.

185) **Ravicini S.**—La camp. antimal. in provincia di Roma durante il 1904. Atti, 1905. VI p. 335.

186) **Roberts.**—Malarial fevers as met with in South Africa during the late war. *Dublin med. jurn.*, 1902 Nov.

187) **Rossi.**—Malaria e bonifiche del Bacino del Sele, Atti 1905, VI p. 397.

188) **Sion V.**— Lecţia de deschidere a cursului de igienă. *Spitalul* 1903.

189) **Sion V.**—Asistenţa medicală în România rurală. *Revista de drept, sociol. şi econ. pol.* 1904. No. 4--5.

190) **Sereni.**—Policlinico Sez. prattic. 1905 p. 511.

191) **Ştefănescu I.** — Priviri asupra Malariei în România. Bucureşti 1898.

192) **Spineanu G. D.** — Action pharmaco-dynamique de la Thermodine dans le paludisme. Bucarest. 1904.

193) **Schaudinn.** — Stud. über Krankheitseregende Protozoen. *Arb. a. d. Kaiserl. Gesundheit.* 1902.

194) **Schaudinn.** — Generations u. Wirtswechsel b. Trypanosoma u. Spirochaete. Sonderabdruck aus Arb. a. d. Kais. Gesund. XX. 1904. Berlin, 1904. Springer.

195) **Stephens a Cristophers.** — The Pratical Study of Malaria. London, 1904. Williams & Norgate.

196) **Stephens.**—Discus. on the Prophyl. of Malaria. *Brit. med. Journ.* 1904. Sept. p. 629.

197) **Schoo H. I.** — La malaria in Olanda, nel. 1902. Atti, 1902. III. p. 199; Atti, 1903. IV p. 85.

198) **Sergent Ed. et Et.** — Moustiques et malad. infect. Paris, 1904. Masson.

199) **Sergent Ed. et Et.** — Rés. du rap. sur la camp. antipal. (Est Algérien). *Ann. Inst. Past.* 1904. Février.

200) **Sergent Ed. et Et.** — Camp. antipal. en Algérie (1903). Atti, 1904, V. p. 301.

201) **Sergent Ed. et. Et.** — Essai de camp. antipal. etc. (Lac de Grand Lieu), Atti, 1904. V. p. 365; *Ann. Inst. Past.* 1904. Février.

202) **Sergent Ed. et. Et.** — Etudes epidem. et prophyl. du pal. en Algérie. (1904). Atti, 1905. VI. p. 105; *Ann. Inst. Past.* 1905. Mars.

203) **Schilling.** — *Deutsch. med. Woch.* 1902. No. 10.

204) **Schüffner.**—Malaria in Sumatra. *Zeitschr. f. Hyg.* XLI., p. 89.

205) **Sanderson.**—Disc. on the prophyl. of Mal. *Brit. med. journ.* 1904 Sept.

206) **Stoicescu D.**—Paludisme en Roumanie. Thèse, Paris 1902.

207) **Steuber.**—Malaria Immunität u. Kindersterblichkeit in Deutschostafrika. *Arch f. Schiffs u. Tropenhyg.* 1903, VII, p. 296.

208) **Schoull.**—Quelques remarques sur le palud. *Journal des praticiens* 1904. Janvier.

209) **Sbacchi.**—Camp. antimal. del 1903 nelle ferovie Sicula Occidentale. Atti, 1904, V, p. 553.

210) **Shipley A. E.**—A pot of Basil (ocimum viride) Nature, 1903 Ianuar.

211) **Tamura.**—Cercet. asupra palud. in Japonia. *Anal. in Giorn. med. del R. e Esercito* 1902, Iulie.

212) **Tedaldi G.**—Contrib. allo. Stud. delle sostanze zanzaricide. Atti, 1902, III, p. 102.

213) **Taylor Logan.**—Memoirs of Liverpool school of Tropic. medic Parts I, a. II, 1901, a. 1902.

214) **Tanzarella.**—La mal. nella provincia di Lecce (Tuturano). Atti, 1904, V, p. 699.

215) **Theiler.**—*Journ. of comp. Path. a. Therap.* 1903, XVI Ian.

216) **Vagedes.**—Ber. über die Malaria exped. in Deutsch. Sudwestafrika. *Zeitsch. f. Hyg.* 1903, XLIII, p. 83—133.

217) **Vivenza e Mendini.**—La mal. nel. com. di Mozzecane. Atti, 1902, IV, p. 163.

218) **Vivenza.**—Malaria nel Veronese. Atti, 1902, III, p. 306.

219) **Valenti.**—Mălaria e Chinino di Stato Massa Lombarda 1905.

220) **Visser.**—*Anal. in Janus* 1899. Julie-August.

221) **Vivie.**—*Ann. d'hyg. et med.* col. 1903, VI, p. 137.

222) **Wright J. H.**—A rapid method for the differential staining of blood films a. malarial parasites. *Journ. of med. research.* 1902, VII.

223) **Watson.**—*Journ. of tropic medic.* 1903 Nov. Dec.

224) **Young.**—The prevention of malaria in Hong Kong. *Journ of tropic medic,* IV, p. 252.

225) **Ziemann H.**—Ueber Malaria u. and. Blutparasiten Jena 1898.

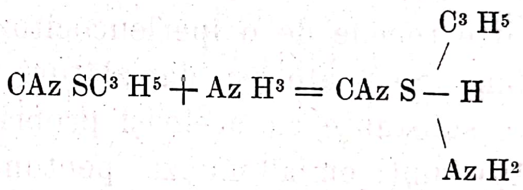
226) **Ziemann H.**—Zweiter Ber. über Mal. u. Mosq. a. d. Afrik. West Küste. *Deutsch. med. Woch.* No. 47. 48.

227) **Ziemann H.**—Ueber Chininprophylaxe in Kamerun. *Arch. f. Schiffs u. Tropen Hyg.* 1904, VIII, p. 329—373.

Dr. G. Z. Petrescu.

THIOSINAMINA ȘI INDICAȚIILE EI

Două părți de esență de muștar încălzite la 60°, într'un vas închis, cu 7 părți de amoniac (densit. 0,96) și una de alcool absolut, dau naștere la thiosinamină sau alyl-sulfo-carbamida:



$$CAz\,SC^3H^5 + Az\,H^3 = CAz\,S \begin{array}{l} / \ C^3H^5 \\ - \ H \\ \backslash \ Az\,H^2 \end{array}$$

Prin evaporare se obține o massă albă cristalină cu compoziție constantă de thiosinamină și o cantitate de sulfocyanură de amoniu, cu atât mai mică, cu cât căldura a fost mai scăzută și amoniacul în cantitate mai redusă.

Prescrisă încă din 1835, de Wolff (Berlin), în contra febrei intermitente, apoi uitată timp de jumătate secol, thiosinamina a fost reintrodusă în terapeutică de către dermatologiști, cu scopul unei medicațiuni pur locale, și aceasta mai înainte de a'i se fi studiat, pe cale experimentală, acțiunea farmacodinamică. Totuși, din faptul că thiosinamina derivă din esența de muștar, apoi din numeroase observațiuni clinice, se poate deduce că acțiunea ei în organism se deosibește puțin de a acelei esențe, care ne este bine cunoscută din lucrările lui Mitscherlich, Henze, Buchheim, etc. In adevăr, injecțiunile sub-cutane de thiosinamină încercate de Hebra (¹), au avut darul de a provocă o reacțiune locală destul de vie și nici o reacțiune generală. Dar tocmai acest fapt a făcut ca efectele injecțiunilor acestea să fie din cele mai bune, bolnavii tratați de Hebra fiind toți atinși de lupus vulgar.

In aceiaşi afecţiune şi cam la aceiaşi epocă, Unna obţinu şi el rezultate serioase. Nodozităţile lupoase scădeau repede şi ulceraţiile se vindecau. Ba, ceva mai mult, ţesutul scleros al cicatriţelor se înmoaie şi se rezolvă. Aceasta, după cum s'a stabilit în cele din urmă, chiar este acţiunea cea mai evidentă şi constantă a injecţiunilor.

Incă dela aceste încercări s'a dovedit că efectele favorabile ale thiosinaminei se produc asupra leziunilor, ori-care ar fi locul în care se face injecţia. Ea părea, prin urmare, că se bucură de o electivitate specială pentru leziunile inflamatorii şi mai cu deosebire pentru cele scleroase. Dar în fond acţiunea sa rezolutivă se datoreşte, în prima linie, efectului general ce-l are asupra circulaţiunii, anume vazodilataţia reflexă şi iperemia periferică. Intervine apoi de sigur şi oareş-care modificare a sângelui, pe care au dovedit-o experienţele lui Richter (²), în sensul unei leucolize ce urmează imediat injecţiunii şi este şi ea urmată foarte repede de o iperleucocitoză. In general sporeşte şi emoglobina. Se poate aşa dar alătură thiosinamina de o serie întreagă de substanţe cu aceleaşi proprietăţi, bine studiate de Lowet. Aşa sunt: emialbumoza, peptona, pepsina, nucleina, tuberculina, urea, etc.

In ceea-ce priveşte alte efecte generale, thiosinamina se poartă întocmai ca esenţa de muştar, ea îmbunătăţeşte starea generală, întăreşte pulsul, sporeşte pofta de mâncare şi diureza; este pe de altă parte de o toxicitate inferioară, deci inofensivă în dozele ce s'au întrebuinţat. Nici odată nu s'a observat în urină albumină, nici elemente figurate. In rezumat, injecţiile subcutane de thiosinamină exercită, asupra organismului, toate efectele stimulaţiunii generale, proprii agenţilor revulzivi de orice natură.

Efecte bune s'au obţinut cu acest tratament, şi 'n adenopatiile cronice tuberculoase. Şi Hebra şi Unna, în aceste afecţiuni, au observat, chiar dela prima injecţie, diviziunea marelor masse ganglionare în mai multe tumori mici independente, astfel în cât cel din urmă făcuse din thiosinamina un specific al tuberculozelor locale.

Părăsită din nou cât-va timp, thiosinamina şi-a făcut, acum vreo doi ani, iarăşi apariţia, şi de atunci avem în literatură o serie de lucrări, cari tind a stabili, în mod definitiv, valoarea ei ca fibrolizant, ori-care ar fi cauza procesului sclerogen. Autorul care o laudă mai mult este Lewandowsky (³). El o preconizează în contra cicatriţelor de arsuri, lupus, carcinom, în contra aderenţelor şi simfizelor, în keloide, sclerodermie şi rinofima.

Atât în prepararea operaţiunilor îngreuiate de prezenţa unor cicatriţe sau aderenţe, cât şi 'n desăvârşirea unei operaţii cari, prin cicatriţele vicioase ce-o urmează, ar putea da naştere la complicaţii, thiosinamina îşi găseşte indicaţia. Astfel, cu ajutorul ei, Glas (⁴) a practicat bugiraje şi tubaje, dificile în alte condiţii din cauză de rinosclerom sau de sifilis terţiar grav al laringelui. Acţiunea, aşa zicând emolientă, ce-o exercită asupra cicatriţelor, nu este însă în general atât de puternică, în cât să scutească de întrebuinţarea mijloacelor mecanice. De asemenea şi în stricturele uretrale.

Sunt interesante încercările ce s'au făcut in leziuni cicatriţiale cu stenoză a ezofagului şi a pilorului [Hartz (⁵), von Tabora (⁶)], injecţiunile de thiosinamină rezolvând cicatriţele de origină inflamatorie, de ex. caustică [Halász (⁷)], neavând însă nici un efect asupra stenozei carcinomatoase [Baumstark (⁸)]. In leziunile cicatriţiale ale orificiilor cardiace, zice Roos (⁹), dacă efectele obiective nu sunt sigure, totuşi putem fi încurajaţi la întrebuinţarea thiosinaminei, de efectele ei subiective. Rezultatele cele mai strălucite sunt însă, de sigur, acelea ce s'au obţinut în arsuri întinse şi în retracţiunea aponevrozei palmare [Mellin, Riese (¹⁰)]. In cazuri uşoare sau mijlocii de această din urmă afecţiune, thiosinamina, combinată cu masaj şi mişcări pasive, poate prea bine înlocui operaţia [Lengemann (¹¹)]. Friedländer (¹²) a obţinut succese în aderenţe pleurale. In fine şi oculiştii şi otologiştii au avut ocazii să se bucure c'au întrebuinţat thiosinamina [Lewandowsky (¹³), Sugar (¹⁴)].

Voci discordante sunt a lui Mankiewicz şi a lui Lexer (¹⁵) cari susţin că efectele injecţiunilor sunt trecătoare şi că retracţia ţesutului cicatriţial reîncepe după 5—6 luni. Dar chiar dacă n'ar trebui să ne aşteptăm la mai mult, cele câteva observaţii favorabile de mai sus, încă sunt de ajuns pentru a îndreptăţi aplicaţiile thiosinaminei pe o scară mai întinsă, limitându-se indicaţiile ei, la acele cazuri în cari o cicatriţă viţioasă sau aderenţe sunt o piedică la buna funcţionare a unui organ, sau la facerea unei operaţiuni radicale.

In privinţa formularului şi technicei injecţiilor, mai toţi autorii sunt unanimi. Soluţiile alcoolice de $10-20^0/_0$ sunt cele preferite, fiind cele mai stabile. Acolo însă, unde se caută a se evità uşoara usturime, pe care o produc, ele pot fi înlocuite cu soluţii apoase glicerinate. Acestea au cusurul de a depune cristale, când sunt ţinute la temperaturi joase. (Se află în comerţ, sub numele de „Fibrolysin“, o thiosinamină combinată cu salicylat de sodă, care nu prezintă acest cusur).

Injecţiile trebue făcute de câte $^1/_2$ sau 1 $cm.^3$ de soluţie, fiecare, şi numai de 2—3 ori pe săptămână. In asemenea condiţii ele dau efectul voit, fără a fi câtuşi de puţin dureroase şi fără a provocà nici o turburare generală.

BIBLIOGRAFIE

(1) *Monatshefte f. prakt. Dermat.* 1893, No. 9.
(2) *Wiener med. Wochensch.* 1893.
(3) *Therapie der Gegenwart,* Oct. 1903.
(4) *Wiener klin. Wochensch.* 1903, No. 10.
(5) *Deutsche med. Wochensch.* 1904, No. 13.
(6) *Therapie der Gegenwart,* 1904, No. 2.
(7) *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde,* 1904, No. 11.
(8) *Berliner klin. Wochensch.* 1904, No. 24.
(9) *Therapie der Gegenw.* 1903, No. 10.
(10) *Deutsche med. Wochensch.* 1905, No. 4.
(11) *Deutsche med. Wochensch.* 1904, No. 13.
(12) *Berliuer klin. Wochensch.* 1905, No. 40.
(13) *Therapie d. Gegenw.* 1904, No. 3.
(14) *Archiv. f. Ohrenheilkunde,* 1904, No. 12.
(15) *Deutsche med. Wochensch.* 1905, No. 4.

CERCETARI ORIGINALE

Dr. G. Marinesco.

Recherches sur les changements de structure que les variations de température impriment à la cellule nerveuse.

Les cellules nerveuses sont des éléments très sensibles à l'action des agents thermiques ainsi que les physiologistes l'ont montré depuis déjà bien longtemps; cependant, on ignorait encore que ces troubles fonctionnels du système nerveux s'accompagnent de modifications fines de leur structure. Je me propose, dans ce travail d'étudier les modifications produites par les variations thermiques, mais tout d'abord je donnerai un court résumé des troubles fonctionnels observés par les physiologistes à la suite des changements de température, soit qu'ils se produisent directement dans l'organisme, soit qu'ils proviennent du milieu ambiant.

D'après Stephani, les irrigations chaudes de la moelle allongée, les nerfs vagues étant intacts, furent toujours suivis d'une notable diminution de la fréquence des battements cardiaques, ainsi que d'une légère augmentation de la pression sanguine, A l'opposé des irrigations chaudes, les irrigations froides de la moelle, nerfs vagues intacts, déterminèrent une augmentation des battements cardiaques, mais la pression sanguine augmenta ou diminua irrégulièrement. Il conclut que l'élévation de la température de la moelle allongée, augmente le tonus du centre bulbaire, inhibiteur du cœur, et que ce tonus est diminué par l'abaissement de la température. L. Frédéric, a vu d'autre part, chez les animaux à bulbe refroidi par l'application modérée de la glace, que la respiration se ralentit, mais qu'elle ne s'arrête pas complètement; car si on soumet le bulbe aux rayons du soleil, on voit la respiration reprendre de nouveau. Mais, ces expériences au point de vue de leur interpretation prêtent le flanc à la critique.

Il est cependant un fait certain à savoir que l'activité des centres nerveux subit des modifications importantes lorsque la température du corps monte ou baisse. D'après ce que l'on observe chez l'homme et chez les animaux échauffés ou refroidis, la suppression fonctionnelle des différentes régions du système nerveux central suit d'une manière générale l'ordre suivant: 1° Ce sont les facultés psychiques qui souffrent tout d'abord; 2° les mouvements volontaires; 3° la sensibilité; 4° la mobilité; 5° l'innervation de la vie végétative. Au cours de ce phénomène, on constate aussi des variations importantes dans l'excitabilité de la cellule nerveuse. C'est ainsi que Charles Richet et André Broca, ont montré que le phénomène essentiel qui suit une excitation nerveuse brusque, c'est-à-dire l'ondulation élémentaire du champ de force nerveuse, a une durée qui est la fonction de la température. Toutefois, ainsi que Pflüger l'a montré, chez la grenouille, on peut cuire littéralement cet animal, en chauffant lentement l'eau dans laquelle elle vit, sans que cette élévation de température provoque chez elle aucun mouvement. Lorsqu'au contraire, il y a des variations brusques de température, les grenouilles échauffées ou refroidies, présentent une phase d'excitation, et puis, deviennent insensibles et meurent.

On constate les mêmes faits pour d'autres animaux, qui succombent au refroidissement, ou meurent par l'hyperthermie: les phénomènes réflexes s'exaltent tout d'abord et puis disparaissent graduellement. Les variations de température sont moins nuisibles pour le système nerveux périphérique. Grutzner, ayant refroidi le nerf sciatique du chien a 6°, a trouvé que la conductibilité est totalement suspendue dans les fibres motrices(¹).

Raoul Pictet, qui a fait des expériences si remarquables

(¹) Pour plus amples détails sur ce sujet, lire l'article de M. M. Athanasiu et Carvallo: „Action de la chaleur sur les êtres vivants“, Dictionnaire de Physiologie de Richet.

sur les actions chimiques des basses températures, a institué des expériences très intérressantes sur l'action physiologique du froid aux températures extrêmes. Les sujets d'expérience étaient protégés par du bois contre les parois métalliques de l'appareil frigorifique dans lequel ils étaient introduits; de sorte qu'ils étaient seulement exposés à la basse température de l'air. De cette façon il put constater que les divers animaux se comportaient d'une manière très différente. Des poissons qui furent refroidis dans un bloc de glace à — 15° C., demeurèrent cependant en vie après réchauffement graduel. Par contre, ils moururent lorsque le refroidissment descendait à — 20° C. Des grenouilles supportaient une température de — 28° C. sans mourir. Des myriapodes — 50° C., et des limaçons—120° C., tandis que les bactéries résistaient même à une température de 200° C. Verworn (¹), qui expose les résultats de Pictet, ajoute avec raison qu'aujourd'hui, après ces surprenantes expériences, il serait à peine permis de douter encore que la matière vivante des cellules même puisse être congelée dans certains cas sans perdre sa capacité vitale. Il est incontestable que l'énergie des processus vitaux s'affaiblit avec l'abaissement de la température, mais la cessation complète de ce processus dans la cellule nerveuse, même chez les animaux à sang froid, est-elle compatible avec la continuation de la vie? C'est une question à laquelle je ne puis pas répondre n'ayant pas des recherches personnelles à ce sujet. Néanmoins, on peut supposer, ainsi que le fait remarquer Verworn, qu'aussitôt que l'eau dans la matière vivante passe de l'état liquide à l'état solide, nous devons nous attendre aussi à un arrêt de transformation chimique dans la cellule.

Les recherches intéressantes de Goldscheider (²) et Flatau sont venues apporter quelque lumière dans l'étude des troubles fonctionnels dus à l'hyperthermie. On sait, en effet, que ces auteurs qui pour la première fois, ont décrit ces lésions chez les lapins, soumis à un élévation artificielle de température; se sont empressés d'appliquer à la pathologie humaine les données de l'expérimentation. Deux faits principaux se dégagent de leurs

---

(¹) M. Verworn. — *Physiologie générale*. Trad. fr. Paris, 1900, p. 432.

(²) Goldscheider et Flatau. — Normale und Pathologische Anatomie der Nervenzellen auf Grund neueren Forschungen. Berlin, 1898.

expériences: 1) L'influence de l'élévation thermique sur l'apparition des lésions. Ils ont vu ainsi que si la température de l'animal restait aux environs de 41°5, la moelle ne présentait pas de modifications histologiques appréciables. Par contre, si l'élévation thermique dépasse 43°, les lésions de la moelle deviennent très nombreuses et se localisent spécialement sur toute l'étendue de l'axe gris. 2) La durée de l'hyperthermie est un facteur très important dans la production de ces lésions, de telle sorte que si on maintient les animaux, pendant 3 heures environs de 41° 7 à 42° de température, ils offrent à l'autopsie le même genre de lésions. Les altérations, que ces auteurs ont décrites, consistent dans la tuméfaction du corps cellulaire, avec désintégration et même disparition des éléments chromatophiles ainsi qu'une coloration diffuse de la substance fondamentale de la cellule. En outre, les prolongements protoplasmatiques sont plus visibles et plus tuméfiés qu'à l'état normal Autour du noyau, les éléments chromatophiles peuvent encore persister. et le contour du nucléole à l'aspect irrégulier et anguleux.

Lugaro, a étudié, avec plus de détails encore les lésions de l'hyperthermie expérimentale dans les différentes espèces cellulaires et il confirme les études morphologiques de Goldscheider et Flatau. Cependant, il n'adopte pas les conclusions de ces auteurs en ce qui concerne l'importance de la substance chromatique. En effet, ces auteurs avaient conclu que cette substance n'est nécessaire ni pour la vie de la cellule, ni pour sa fonction.

Lugaro (1) est disposé à admettre que la faiblesse progressive des fonctions nerveuses que l'on constate dans l'hyperthermie expérimentale dépend de la dissolution progressive de la substance chromatique, laquelle jouerait un rôle important dans le métabolisme fonctionnel de la cellule nerveuse. De mon côté, j'ai été amené a diviser les altérations de l'hyperthermie expérimentale en trois groupes, suivant que la température a été plus ou moins élevée et la durée plus ou moins longue. Dans un premier groupe d'expériences, il s'agit d'animaux qui ont été gardés à l'étuve pendant 40 minutes environ, avec une température

---

(1) Lugaro. — „Sulle alterazioni delle cellule nervose nell'ipertermia sperimentale". Riv. di patho. nerv. e. ment. 1898. f. 5.

rectale considérable allant jusqu'à 47°. Dans ce cas, les lésions de la cellule nerveuse, et je parle ici surtout des cellules radiculaires, se présentent sous la forme d'une désintégration, ou plutôt d'une dissolution périphérique dela substance chromatique. Cette chromatolyse est tantôt circulaire, tantôt segmentaire, intéressant ainsi une partie seulement de la cellule. Dans ce premier degré d'altération, les éléments 'périnucléaires et leur noyau sont d'apparence à peu près normale et les prolongements de la celulle ne sont pas colorés, ces altérations sont réparables.

Je pense que ce premier stade n'a été décrit ni par Goldscheider et Flatau, ni par Lugaro. Il résulte de l'action d'un maxímum de chaleur avec un mimimum de durée. mais suffisant pour produire des lésions apparentes. La constatation de cette lésion initiale est nécessaire pour nous faire comprendre les lésions qui vont succéder lorsque la durée de maintien des animaux à l'étuve sera plus grande, et, en conséquence, la température rectale moins élevée.

Dans un second groupe de faits, la température de l'animal varie pendant l'expérience entre 43° et 45° et la durée de maintien est plus longue que dans les cas précédents. Ici le tableau change et ce sont surtout les lésions décrites par mes prédécesseurs qui prédominent.

Le troisième groupe d'expériences est représenté par des animaux qui ont été maintenus à une température de 43°,5 à 44° pendant plusieurs heures. Les lésions sont plus accentuées et plus graves que dans les expériences précédentes. Il n'y a plus trace d'éléments chromatophiles, la cellule est opaque, et l'opacité est plus grande autour du noyau. J'ai rapporté une partie des lésions décrites plus haut, à la coagulation de substances albuminoides

Mott, auquel nous devons des recherches intéressantes sur le système nerveux a apporté des preuves en faveur de mon opinion. Cet auteur rappelle que Haliburton a décrit dans le protoplasme nerveux trois substances protéiques : 1° une neuroglobuline, qui se coagule à 116,6 F (47° C), 2° une substance nucléo-protéique coagulable à 132,8 F (56° C), 3° une neuroglobuline, qui se précipite a 157 F (75° C). Ces trois corps peuvent être séparés l'un de l'autre par la coagulation fractionnée. Or, comme le fait remarquer Mott, j'ai rapporté les lésions des cellules produites par 47° à la coagulation du protoplasma. Dans le cas actuel, elles seraient représentées par une neuroglobuline qui se précipiterait à 47°. En même temps Mott exprime l'opinion, partagée également par Haliburton (1), que si on soumettait cette substance à une température inférieure à 47°, mais un assez long temps, elle se coagulerait également. C'est ainsi qu'il a constaté qu'une température inférieure, même de 42 à 43°, polongée pendant 4 heures, déterminerait la coagulation dela neuroglobine.

Les faits en étaient là, lorsque Cajal à l'aide d'une méthode célèbre à juste titre, est venu apporter de nouveaux documents dans la question des modifications histologiques de la cellule à la suite des changements de température. Ramon y Cajal (2) a décrit pour la première fois des épaississements sur le trajet des neuro-fibrilles chez les nouveau nés; mais ce phénomène que j'ai pu constater n'est pas d'une grande fréquence et Cajal même a été frappé de l'absence de semblables épaississements dans le système nerveux de lapins nouveau-nés pendant l'été dernier. Tout récemment, au mois de décembre passé, en étudiant la moelle et le bulbe d'un lapin de 4 jours, il a vu se présenter le phénomène de l'épaississement des fibrilles à un rare degré, intéressant toutes les cellules dela moelle.

Au pont de vue de l'impressionabilité thermique on peut diviser les cellules de la moelle, du bulbe et de la protubérance, en trois catégories chez les animaux jeunes: cellules motrices, cellules funiculaires grandes rouges, cellules funiculaires moyennes et petites, noires. Les plus sensibles au froid sont les grandes cellules des cordons, Les cellules motrices sont moins impressionables que les cellules rouges des cordons, cependant, elles s'altèrent constamment.

Les cellules funiculaires moyennes et petites se teignent en sépia ou en noir; elles sont moins sensibles à l'action du froid que les cellules précédentes, leur réseau se simplifie à la suite de la disparition de leurs ramifications secondaires.

---

(1) Mott et Halliburton The coagulatem temperature of cellglobulin and its beaving on hyperpyrexin. The Archives o Nevrology. Vol. II. Londres.

(2) Ramon y Cajal. Variaciones morfologicas normales y patologicas del reticulo neurofebrilar. Trab. del. Lab. de investig. biol. t. III. 1904.

Le stade fusiforme et l'hypertrophie des neurofibrilles apparaissent si on soumet les animaux à l'action du froid (10^0 centigr. pendant une heure). Les éléments qui réagissent le plutôt chez le chien comme chez le lapin sont les grandes funiculaires ou les cellules rouges. Si on met les animaux à l'étuve pendant trois heures après qu'ils auront subi l'action du froid deux heures, le stade fusiforme disparaît et la cellule reprend son aspect primitif.

Cajal ne peut pas dire si ces modifications s'observent egalement chez les animaux adultes, car ses expériences ont porté principalement sur des animaux jeunes ou nés depuis à peine quelques jours. Les animaux adultes sont protégés contre le froid par des poils. Cajal conclut de la manière suivante. Le réseau cellulaire est un appareil excessivement sensible au changement de température et aux variations fonctionnelles. Pendant la phase d'activité, les neuro-fibrilles sont plus fines et plus rapporchées et contiennent en plus petite quantité de la substance argentophile, il ajoute que l'épaississement des neuro-fibrilles s'observe chez tous les animaux qui présentent une certaine torpeur, de la lenteur ou bien des difficultés pour les mouvements.

Les recherches et les expériences de Cajal, me suggerent certaines réflexions, que je veux exprimer ici. Nous avons vu que la chaleur, l'activité rendent les neuro-fibrilles plus fines, plus rapprochées et plus pâles. On peut donc supposer que la substance chromatophile subira également des modifications du même ordre; c'est-dire que les corpuscules seront plus minces, plus petits et plus pâles. Au contraire, sous l'influence du repos les neuro fibrilles s'hypertrophient, le réticulum disparait plus ou moins, les espaces interfibrillairs augmentent; de même les éléments chromatophiles suivront sans doute le parallèle de ces modifications. Il y a une lacune dans les recherches de Cajal, il ne parle pas des modifications qu'il a décrites lui-même et que j'ai également pu constater dans la rage, où l'on voit les fibrilles s'accompagner aussi de modifications.

On avait admis jusqu'à présent, que la substance chromatophile est une substance labile et très impressionable à l'action de différents agents toxiques et inféctieux. Les recherches de Cajal et les miennes tendent à démontrer que les neurofibrilles sont encore plus sensibles et qu'il ne se passe pas de modifications importantes dans la cellule sans avoir un retentissement sur la morphologie des neuro-fibrilles.

Les recherches si remarquables de Cajal et de Tello ont jeté un jour tout nouveau sur la vie intime de la cellule; car l'activité, le repos, et la paralysie avaient leur équivalent anatomique. Ces auteurs ont montré que les fibrilles des cellules nerveuses d'un lézard engourdi par le froid sont grosses et peu nombreuses, qu'elles commencent a se dissocier et a être plus minces chez l'animal qui commence a s'éveiller et enfin, que chez l'animal complètement réveillé il n'y a plus de ces grosses neuro-fibrilles épaissies, mais de fines fibrilles éparpillées.

Il était tout naturel de penser qu'en exposant des animaux, de préférence jeunes, à des températures basses au dessus ou au dessous de zéro, on devrait observer les phénomènes indiqués par Cajal. Or, mes éxpériences n'ont pas donné tout d'abord les résultats auxquels je m'attendais. Plusieurs animaux, petits chiens ou petits chats, âgés de 1 à quelques jours exposés a des températures au dessous de zéro pendant quelques heures n'ont pas présenté dans leur système nerveux central des cellules avec les modifications des neuro-fibrilles décrites par Cajal et Tello.

Cajal fait jouer un grand rôle aux états fonctionnels pour expliquer les variations d'aspect des neuro-fibrilles dans l'hibernation, la chaleur, la paralysie, etc.; j'ai déjà montré antérieurement qu'il ne me semble pas encore prouvé que les états fonctionnels soient la cause directe des modifications neuro-fibrillaires. Je désire revenir sur ce sujet.

Le nombre des expériences que j'ai faites avec le concours de M. Minea sur les modifications que les changements de température impriment aux éléments constitutifs de la cellule nerveuse sont très nombreuses. Ces expériences ont porté sur des animaux jeunes, chiens ou chats âgés de 1 à 10 jours, qui ont été placés dans des milieux différents de témpérature. Pour des températures plus ou moins basses, on a mis les animaux dehors lorsqu'il faisait froid, on bien on a fait baisser la température du milieu ambiant à l'aide de la glace. Pour étudier l'action des températures élevées, on a gardé les animaux à l'étuve un laps de temps plus ou moins long. Cajal, dont, je viens d'exposer les recherches s'est servi de sa méthode au nitrate d'argent réduit, pour l'étude des modifications des neuro-fibrilles dans les cellules nerveuses, tandis que j'ai employé sa méthode et celle de Nissl en même temps. Etant donné la rélation étroite, qui existe entre la matière argentophile et la matière chromatophile, ce genre d'études comparatives était absolument nécessaire. Il est impossible de donner ici un compte rendu des résultats de toutes ces expériences, car elles sont trop nombreuses; aussi, je me vois obligé de me restreindre et de n'en exposer que quelques-unes. Pour que les conclusions tirées de toutes ces expériences soient valables, il faut que les coupes provenant de différentes moelles aient subi autant que possible les mêmes détails de technique; car c'est là en effet que se rencontre l'une des difficultés dans ce genre de recherches.

Trois chiens nouveau-nés âgés de 7 jours, ont été conservés dans des milieux ambiants de différentes températures, pendant trois heures.

Le premier a été gardé à la température de 10° le second à 15° et le troisième à 30°.

Les différences qui existent entre les cellules des différents centres nerveux chez ces trois animaux sont très apprèciables. Les cellules de la corne antérieure de l'animal à 10° apparaissent foncées et comme rappetissées ou rétractées. Dans les pièces traitées par la thionine, les corpuscules de Nissl sont très denses mal différenciés, laissant peu ou pas d'espace libre entr'eux. Les contours du noyau se distinguent mal et cet organe est enveloppé par la substance chromatophile. Les prolongements protoplasmiques restent aussi amincis et un peu mieux colorés que chez l'animal qui a été gardé à la température du laboratoire (15°).

La forme du noyau est souvent oblongue et le nucléole parait gros comparativement au volume du noyau.

Les cellules radiculaires de l'animal, qui est resté la température du laboratoire 15° pendant trois quarts d'heure, offrent un aspect différent. Tout d'abord, elles semblent plus volumineuses et plus claires, les corpuscules de Nissl n'ont plus cette teinte violet foncé comme dans le cas précédent. L'espace clair qui les sépare est très apparent. Le contour du noyau est mieux indiqué et la cellule dans son ensemble est un peu plus volumineuse. A un fort grossissement les corpuscules de Nissl sont nettement granuleux. Ces modifications morphologiques sont encore plus caractéristiques chez l'animal, qui a subi la température de 30°. Les corpuscules de Nissl fortement granuleux sont écartés les uns des autres. Aussi, par suite de l'élargissement de ces espaces intercorpusculaires la cellule est elle beaucoup plus claire que dans le cas précédent. Vus, à l'aide d'un fort grossissement, les corpuscules sont quelque fois vacuolaires et ont tendance à la désintégration, plus fréquente à la periphérie de la cellule où l'on peut constater dans quelques cellules des corpuscules plus petits et plus pâles. Le noyau parait augmenté de volume, le contour de la membrane est nettement indiqué et la zone claire perinucléaire élargie. Dans cette dernière zone, on voit des petits corpuscules de Nissl. Les corpuscules des prolongements protoplasmatiques présentent également un état granuleux et ils sont plus pâles.

Pour apprécier la réalité des faits que nous venons d'exposer, il faut réaliser autant que possible des conditions identiques de préparation, c'est-à-dire que les pièces doivent avoir la même épaisseur et être colorées de la même manière.

Voici une autre série aussi démonstrative que la précédente. Il s'agit de trois chats nouveau-nés qui ont été exposés à des températures de 12°, 22° et 35° pendant trois heures. Les figures 1, 2 et 3 nous offrent des images absolument probantes à cet égard. Dans la fig. 1, on voit que les éléments chromato-

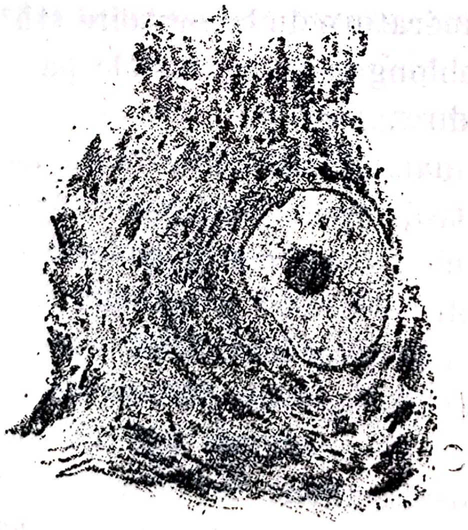


Fig. 1. Chat nouveau né exposé 3 heures à une température de 12°

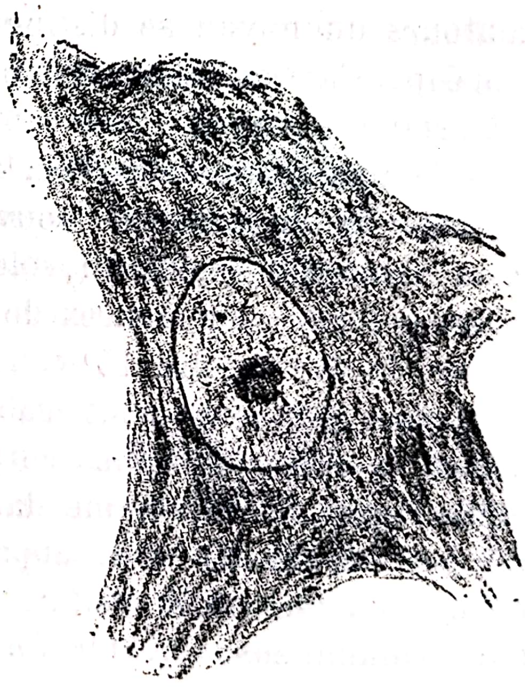


Fig. 2. Chat nouveau né exposé 3 heures à une température de 22°

philes sont très foncés, assez gros, surtout à la périphérie; la substance fondamentale est également teintée légèrement par la thionine.

Il ne faut pas oublier que chez l'animal nouveau né, il y a normalement plus de substance chromatophile à la périphérie qu'au centre. La figure 2, ainsi que la précédente représente une cellule radiculaire de la région lombaire, corne antérieure, du chat qui a été exposé à 22°. La densité chromatique générale est plus faible que dans le cas précédent, aussi, la cellule apparait elle plus pâle, les corpuscules de Nissl sont moins bien colorés, et il y a une légère tendance à la fragmention. Dans la figure 3, nous voyons une cellule radiculaire de la même région provenant du chat exposé a 35°.

La pâleur des éléments chromatophiles s'est accentuée, il sont tuméfiés et leur affinité pour la toluidine diminuée. On peut dire en somme que la densité chromatique de la cellule nerveuse diminue à mesure que la température ambiante augmente.

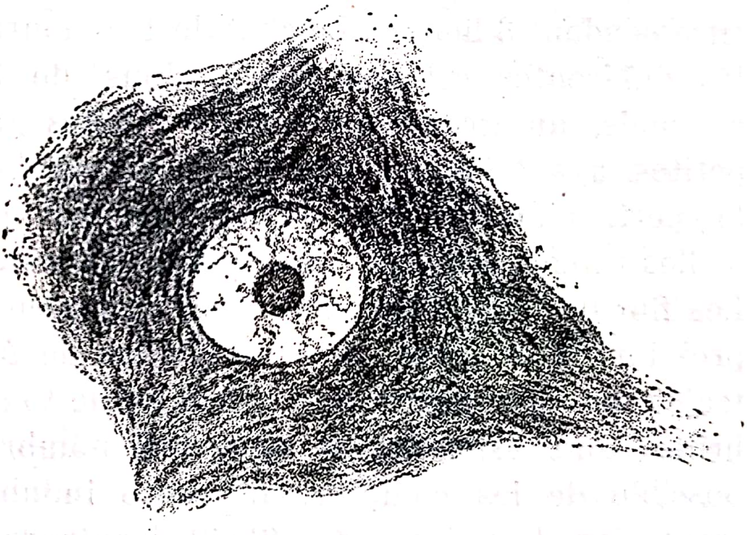


Fig. 3. Chat nouveau né exposé 3 heures à une température de 35°.

Par conséquent, la pycnomorphie se rencontre surtout dans les températures basses. La même remarque s'applique au pouvoir tinctoriel du nucléole. Pour ma démonstration, j'ai préféré choisir des cellules radiculaires parce qu'elles ont plus de ressemblance entr'elles que les cellules des cordons. Néanmoins, il ne faut pas oublier que chaque cellule a sa structure à part et par conséquent, sa modalité de réaction. Pour se convaincre de la réalité des modifications que nous venons de décrire, il faut examiner un grand nombre de coupes et tenir compte du fait que les lésions sont plus visibles dans certaines cellules que dans d'autres. Je viens de dire que la pycnomorphie se rencontre surtout chez les animaux soumis à une température plus basse. Je tiens à m'expliquer à ce propos: Si la densité et la colorabilité des éléments chromatophiles chez les animaux exposés que chez ceux exposés à la chaleur, il ne faut pas oublier que les températures élevées créent une espèce d'état de chromophilie de la cellule à cause de la dissolution, de ces élements. Les expériences exposées plus haut tendent a démontrer qu'entre la substance fondamentale amorphe et les éléments chromatophiles, il se produit des échanges continus et que la première joue un rôle important dans la reconstitution des derniers.

Je passe à présent aux modifications des neuro-fibrilles produites par les variations de température. La série la plus démonstrative est constituée par quatre petits chats, nouveau-nés, qui ont été soumis a 8, 10, 15, 30 et 40 degrés de température pendant 3 heures. Le chat de 10° montre dans le bulbe, dans les différentes cellules des cordons, de la substance blanche réticulée, un grand nombre de cellules grandes, moyennes ou petites, ayant leurs neuro-fibrilles hypertrophiées On dirait que l'hypertrophie est plus accusée dans les grandes cellules à fibrilles rouges que dans les cellules des cordons à fibrilles noires. Les fibrilles hypertrophiées sont granuleuses, on a parfois l'impression qu'il s'agit là d'une espèce de fuseaux situés sur le trajet des neuro-fibrilles. Dans presque toutes ces cellules, les fibrilles sont espacées et assez peu nombreuses pour qu'il soit possible de les compter. Il existe indubitablement une augmentation de volume des fibrilles noires, il n'est pas toujours facile de distinguer les fibrilles noires des fibrilles rouges, surtout lorsque l'imprégnation de la pièce ne s'est pas faite uniformément. Je ne vois pas de distinction nette entre l'animal de 10° et celui de 15°. Dans les cellules du facial, il existe également une hypertrophie des neuro-fibrilles, cependant, elle est moins accusée que dans les autres cellules.

Chez le chat exposé à 30°, il est impossible de découvrir la moindre hypertrophie des neuro-fibrilles, en outre, elles paraissent granuleuses. Il semble cependant qu'il y a par ci par là, mais très rarement il est vrai des apaississements. Il faut noter aussi que le niveau où a été pratiquée la coupe n'est pas le même que celui des pièces précédentes.

40° 3 heures. Etat légèrement granuleux des neuro-fibrilles qui sont minces, sans épaississements et sans hypertrophie sur leur trajet. Dans quelques cellules, on remarque une dégénérescence granuleuse des neuro-fibrilles et la disparition du réseau cytoplasmatique. En somme, cette série d'expériences est conforme aux recherches de Cajal. Les ganglions spinaux dans ce cas présentent exactement les mêmes modifications, comme il est facile de s'en rendre compte sur les figures 4, 5 et 6.

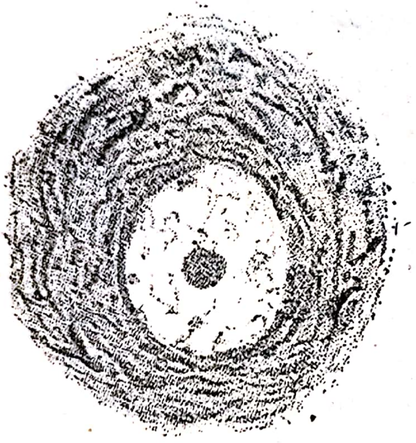


Fig. 4. Grosse cellule claire provenant des ganglions spinaux d'un chat âgé de 1 jour Hypertrophie considérable des travées du réseau cytoplasmique. Celles-ci sont riches en matière argentophile et fortement colorées. L'animal a été 3 heures à 10° de température.

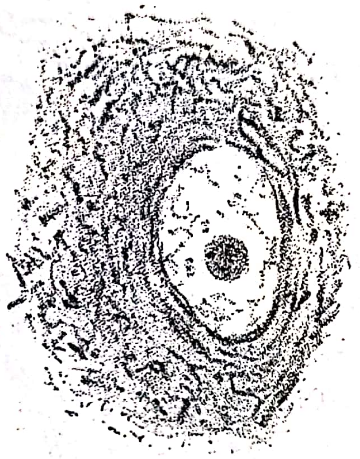


Fig. 5. Chat âgé de 1 jour exposé a 15° pendant 3 heures. Diminution du réseau du cytoplasma et tendance à l'apparition du réseau.

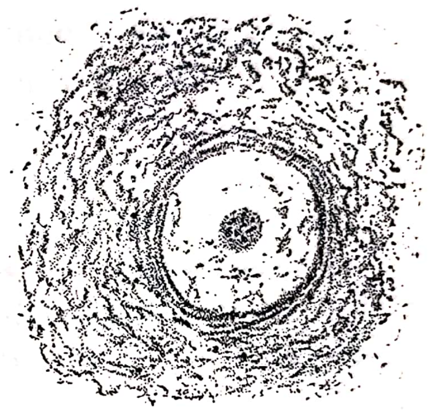


Fig. 6. Chat âgé de 1 jour, exposé a 30° de température pendant 3 heures. Apparition complète du réseau avec ses caractères normaux. Il n'y a plus de travées épaisses peut-être par-ci, par là voit on un léger épaississement.

On a exposé trois petits chats à la température de 5, 12 et 30°. Les deux derniers ont été sacrifiés après trois heures, tandis que le premier n'a vécu que deux heures. Dans les cellules radiculaires, de ce dernier on n'observe pas de neuro-fibrilles hypertrophiées, néanmoins, certaines cellules des cordons, en dehors du réseau à mailles larges délimité par des travées granuleuses, on observe parfois un aspect très-curieux, occasionné par des épaississements, rares il est vrai, mais cependant considérables. Ils ont la forme de filaments ou de corpuscules granuleux siégeant sur le trajet des neuro-fibrilles des prolongements, ou sur les travées du cytoplasma. Il arrive même qu'on puisse voir des épaississements des neuro-fibrilles dans les cellules radiculaires.

Dans ce cas de 5°, il est incontestable, qu'il existe réellement des épaississements sur le trajet des neuro-fiebrilles noires (Fig. 7) et dans les cellules des cordons, et sans aucun doute les images qu'on y observe ressemblent aux figures produites par Cajal;

cependant les épaississements ne sont pas aussi considérables que l'a montré cet auteur. Quoi qu'il en soit, je considère ce cas comme favorable à son opinion.

Chez, l'animal de 12°, on ne voit nulle part des modifications

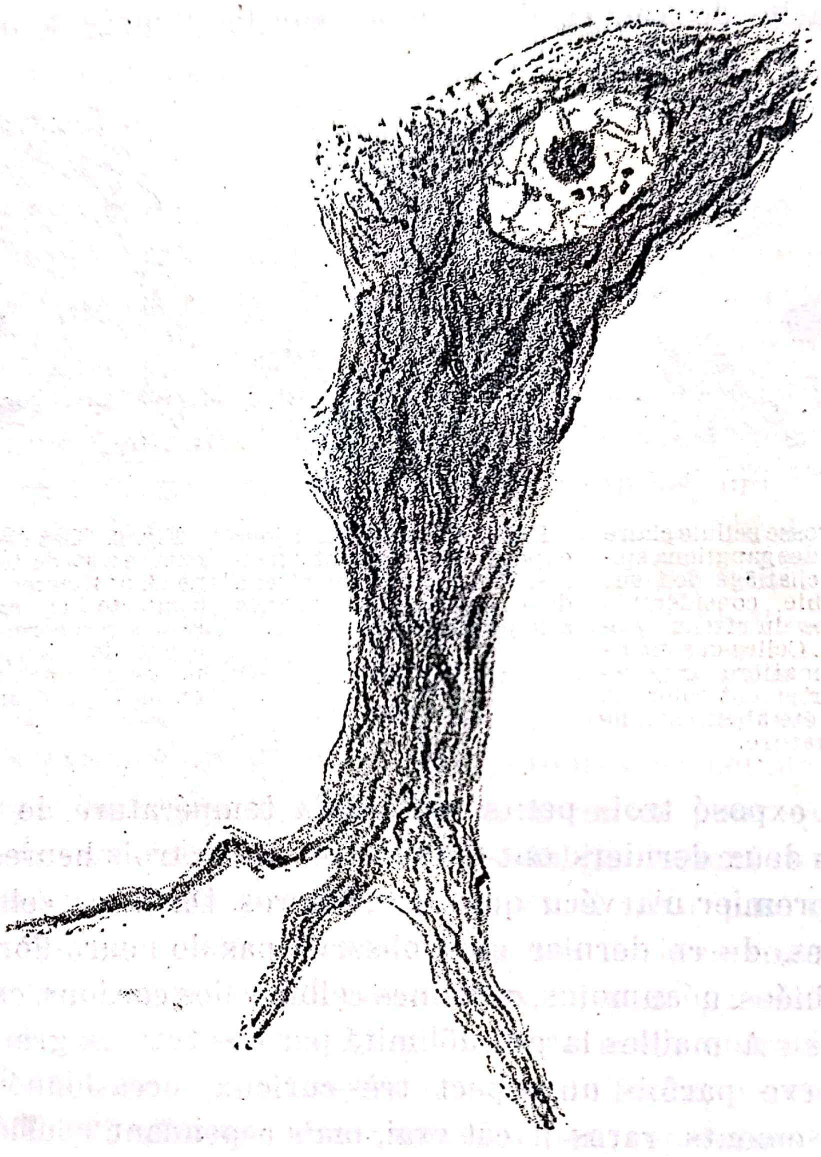


Fig. 7. Cellule de cordons de la substance réticulée du bulbe d'un petit chat exposé a 5° pendant trois heures. Sur le trajet des travées du réseau cytoplasmique, on observe des épaississements variables comme forme et comme dimensions.

des neuro-fibrilles comparables à celles que nous venons de décrire ci-dessus, néanmoins on a l'impression qu'il existe parfois des fibrilles réunies en faisceaux donnant l'aspect de fibrilles hypertrophiées.

Voyons maintenant ce qui se passe dans la moelle de l'animal à 30°. Du côté des cellules radiculaires, on ne voit pas de fibrilles hypertrophiées, elles sont minces, granuleuses, la substance fondamentale très colorée. Les cellules des cordons n'ont pas d'épaississements sur le trajet des fibrilles, ou bien, on n'en rencontre que rarement. En tout cas, on ne voit rien de semblable à ce qu'on voit chez l'animal à 5°.

Les recherches expérimentales, que nous venons d'exposer prouvent, que le froid peut déterminer une espèce de coalescence des neuro-fibrilles qui se réunissent pour constituer des filaments homogènes et legèrement granuleux, ces filaments constituent de véritables associations de neuro-fibrilles. La chaleur, au contraire, produit la dissociation de ces faisceaux et l'apparition du réseau du cytoplasma. L'association et la dissociation des neuro-fibrilles se fait par l'intermédiaire de la substance interfibrillaire, c'est-à-dire du plasma, qui siège entre les fibrilles. Des modifications moléculaires, des changements de concentration de ce plasma sous l'influence du froid et de la chaleur réalisent l'attraction et la répulsion des neuro-fibrilles. Je ne pense pas que ces phénomènes appartiennent en propre à l'action de la température, il est fort probable que d'autres agents puissent réaliser le même mécanisme de coalescence et de dissociation des neuro-fibrilles. Effectivement, j'ai rencontré dans un nombre assez considérable d'intoxications par la morphine, (Fig. 8) et par la strychnine (Fig. 9), les mêmes modifications structurales des neuro-fibrilles chez les animaux nouveau-nés (1). Il est donc possible que d'autres agents toxiques puissent également réaliser les mêmes phénomènes. Je ferai

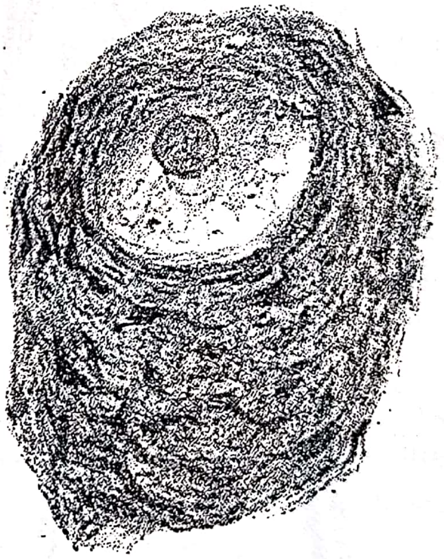


Fig. 8. Cellule claire d'un ganglion lombaire d'un chien âgé de 60 heures intoxication par la morphine. On voit un épaississement considérable sur le trajet des travées du réseau cytoplasmique au point de simuler des corpuscules de Nissl de sorte qu'un observateur non prévenu pourrait jurrer qu'il s'agit là d'une cellule coloriée par la méthode de Nissl du type archiochrôme.

---

(1) La coalescence des neuro-fibrilles, leur hypertrophie, même la formation de renflements monstrueux sur leur trajet se recontrent habituellement chez les animaux nouveau-nés, soumis à l'action combinée, soit de la morphine ou de la strychnine avec l'inanition. Je reviendrai sur ce sujet dans un prochain travail fait en commun avec M. Minea.

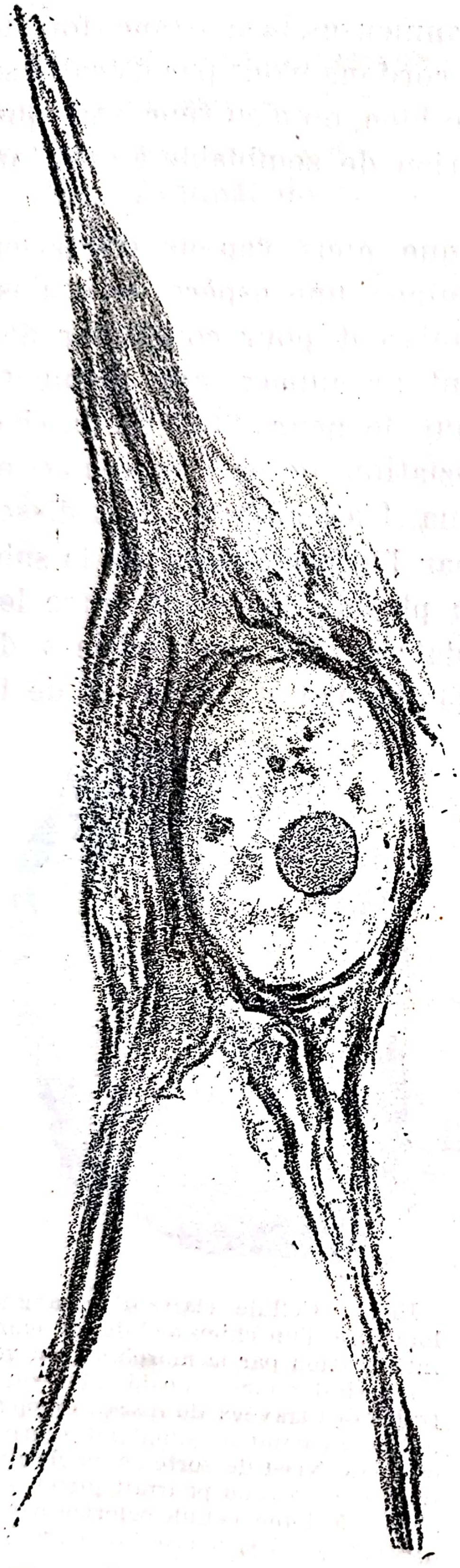


Fig. 9. Chien nouveau né âgé de 60 heures, intoxiqué par la strychnine. Cellule de la substance reticulée du bulbe. On constate une hypertrophie extraordinaire des neuro-fibrilles qui présentent sur leur trajet des espèces de fuseaux plus ou moins réguliers. Autour du noyau, il y a un cercle de neuro-fibrilles épaisses.

cependant remarquer que les animaux intoxiqués par la morphine et par la strychnine qui ont présenté cette hypertrophie si considérable qu'on voit sur les figures 8 et 9, étaient de jeunes chiens âgés de 60 heures, qui ont été gardés deux jours et demi à la température du laboratoire, variant entre 10 et 18,° c'est-à-dire la température du jour et de la nuit (Expérience du mois de Mars dernier.) Ces recherches prouvent que, contrairement à nos prévisions, deux au moins des éléments constitutifs de la cellule nerveuse, à savoir : les éléments chromatophiles et les neuro-fibrilles se trouvent dans un équilibre instable et que les agents thermiques, dans les conditions habituelles de la vie, exercent une action certaine sur leur aspect. Ce dernier change continuellement et la cellule offre des images différentes de sa structure interne suivant les conditions thermiques, suivant l'état nutritif, etc. Lorsqu'on pense que des variations de température de 10 degrés seulement sont capables modifier l'édifice interne de la cellule à peu de temps d'intervalle, on a de la peine à se figurer les modifications structurales que subissent les neuro-fibrilles et les éléments chromatophiles pendant le jour et pendant la nuit. Bien entendu, ces modifications sont tout d'abord, insensibles, progressives, plus ou moins lentes; mais elles n'en existent pas moins Ces changements morphologiques s'opèrent sans doute par l'intermédiaire du plasma circulant entre les fibrilles et entre les éléments chromatophiles; ce plasma est le siège des phénomènes nutritifs essentiels pour la vie cellulaire. Suivant le degré de densité de ce plasma, nous avons l'association et la dissociation des neuro-fibrilles. Il est cependant dificile de préciser s'il n'intervient pas également d'autres facteurs dans la réunion des neuro-fibrilles fines pour constituer des fibrilles épaisses, et dans leur dissociation.

Combien est différente à ce point de vue l'image microscopique des ganglions spinaux d'un chat resté 3 heures à 30° de celle du chat qui est resté le même intervalle à 10°, entre lesquels il n'y aurait qu'une variation de 20°, c'est-à-dire une différence habituelle dans nos climats, si l'on compare la température d'hiver à celle de l'été. Il est vrai que nous avons agi sur des cellules d'animaux jeunes, qui sont beaucoup plus sensibles aux variations de température que les animaux adultes. Il faudrait répéter les mêmes expériences sur des animaux âgés, mais il est plus que probable qu'on ne trouvera pas les différences considérables que nous avons notées chez des animaux nouveau-nés, mais je crois qu'il n'y aura quand même, qu'une question de degré d'intensité et non de nature, la réaction étant de la même origine chez les animaux adultes comme chez les nouveaux-nés.

En dehors de la dissociation, dont nous avons parlé plus haut, la chaleur donne lieu à des lésions des neuro-fibrilles lorsqu'elle dépasse certaines limites C'est ainsi qu'en exposant un petit chien à 41° pendant 3 heures soit dans une étuve, soit dans un milieu surchauffé, on note des lésions assez caractéristiques. Les neuro-fibrilles sont dissociées, granuleuses, le réseau peu indiqué. Dans un stade plus avancé, le réseau et le cytoplasma est désorganisé, fragmenté et par places, disparu même complètement. Les cellules dans lesquelles on trouve un réseau très fin, telles que celles de Purkinje et celles des ganglions spinaux sont plus sensibles encore à l'action de la température. Dans ces cellules, les neuro-fibrilles même des prolongements sont dégénérées et disparues tandis, qu'elles peuvent persister dans les prolongements des cellules à fibrilles noires.

L'examen des centres nerveux d'un petit chat de huit heures exposé à 42° pendant 4 heures, nous montre combien les neuro-fibrilles des animaux nouveau-nés sont sensibles à une haute température. Toutes les cellules du système nerveux central sont altérées à différents degrés, et ici comme ailleurs, ce sont toujours les cellules à fibrilles rouges qui sont plus atteintes que celles à fibrilles noires. L'aspect de la lésion diffère suivant le degré qu'elle atteint. Au commencement, on remarque la pâleur des neuro-fibrilles et de leurs ramifications secondaires avec un état légèrement granuleux. Lorsque la desintégration granuleuse a fait des progrès, le réseau du cytoplasma est plus ou moins désorganisé (Fig. 10), à sa place, on voit de fines granulations disséminées dans le contenu du protoplasma. Dans les cellules de Purkinje, dans les cellules des noyaux crâniens et dans les cellules radiculaires, les lésions offrent les mêmes caractères.

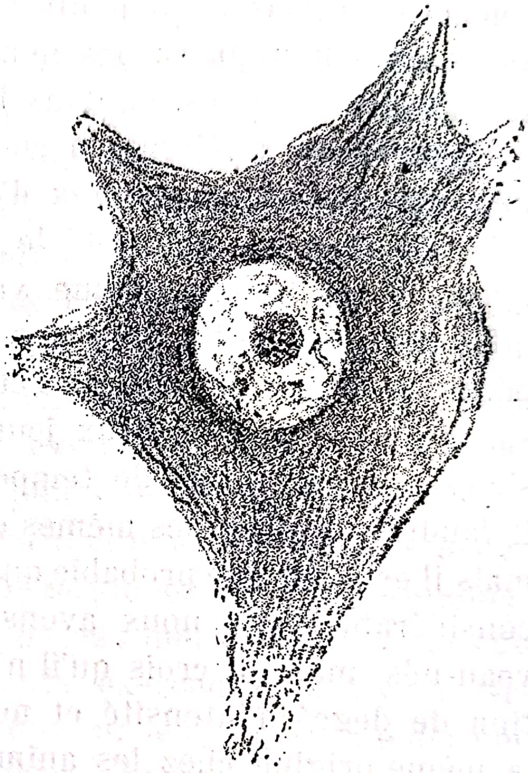


Fig. 10. Même cas que la figure précédente. Cellule radiculaire de la corne antérieure lombaire. Disparition du réseau cytoplasmique ; à sa place on voit des granulations fines ou bien des trainées de granulations dans les prolongements.

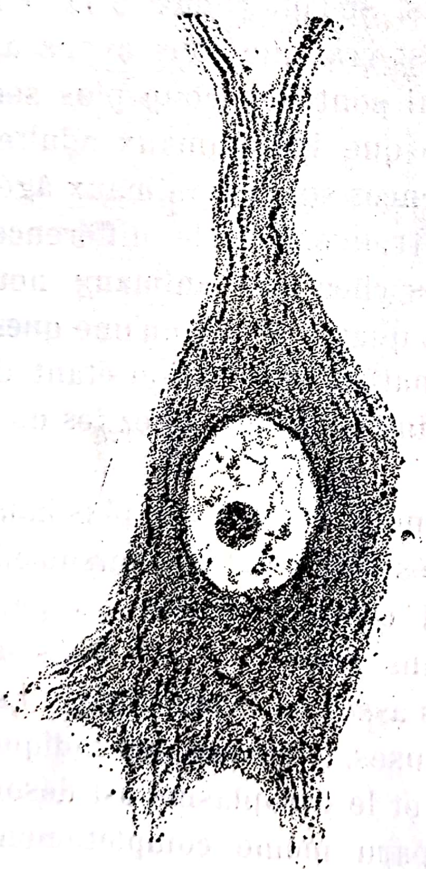


Fig. 11. Cellule à fibrilles noires provenant de la substance réticulée du bulbe d'un chat nouveau né exposé 4 heures à 42°. Les neuro-fibrilles du cytoplasma présentent la fragmentation, la désintégration, la dégénérescence granuleuse. Les neuro-fibrilles sont en état de désintégration granuleuse dans les prolongements.

Les cellules des cordons, quoique moins atteintes sont cependant altérées d'une façon très évidente. (Fig. 11). Leurs neurofibrilles sont granuleuses, et les granulations qui en résultent sont plus volumineuses que celles que nous avons observées dans les cellules à fibrilles rouges. Si les neuro-fibrilles des prolongements sont peu altérées, elles apparaissent comme constituées par des trainées de granulations rapprochées et colorées en noir.

Dans un stade plus avancé, les granulations, débris des neurofibrilles, ne se suivent plus pour constituer des trainées ou des lignes plus ou moins longues, elles sont au contraire plus espacées irrégulières de volume et disposées sans ordre. Les neurofibrilles des prolongements paraissent parfois moins altérées.

Dans les cellules des ganglions spinaux, le réseau cytoplasmique est détruit partiellement, à sa place on voit des granulations plus ou moins grosses et bien ou mal colorées. Les cellules qui possèdent un réseau de travées épaisses, sont mieux conservées que les autres éléments.

J'ai montré dans un travail antérieur que les altérations des neuro-fibrilles tout en présentant un certain degré de gravité, sont toutefois susceptibles de réparation. C'est ainsi que les sections nerveuses qui réalisent des modifications des neuro-fibrilles du cytoplasma, produisent tout d'abord une altération structurale des neuro-fibrilles, et puis il s'ensuit leur retour à l'ètat normal. J'ai fait la même constatation pour les lésions de ces mêmes éléments, produites par l'hyperthermie. Si on soumet des chiens nouveau-nés à une température de 41° et davantage pendant 3 heures et qu'ensuite on place le même animal dans un milieu à 10° le même laps de temps, on voit que les modifications des neuro-fibrilles produites par la chaleur ont disparu, mais dans certaines cellules on constate les modifications cellulaires que nous avons notées chez les chats exposés au froid, c'est-à-dire des épaississement sur le trajet des neuro-fibrilles ou même des espèces de fuseaux, autrement dit, la dissociation des neuro-fibrilles et leur état légèrement granuleux ont disparu, pour faire place à la coalescence et leur association en faisceaux.

Je dirai seulement un mot sur les lésions des cellules nerveuses que l'on constate au cours de l'insolation expérimentale. Profitant des chaleurs tropicales qui ont eu lieu dernièrement, à Bucarest, j'ai prié M. Minea, d'exposer deux petits chiens au soleil. Malgré que ces recherches soient tout à leur début et que le problème de l'insolation soit trés compliqué en ce que les désordres qu'occasionne le coup de soleil, reconnaissent des causes multiples, je donnerai cependant ici une courte analyse des lésions énormes que j'ai trouvées chez un de mes chiens.

Insolation 42°, trois quarts d'heure. Nissl. Les cellules radiculaires ont un aspect mat, vitreux, il n'existe pas même trace d'éléments chromatophiles formés; la cellule est constituée par une masse homogène colorée en violet (Fig. 12) pâle et présente à son interiéur des cassures. J'ai même observé une espèce de fonte de ces éléments, une partie de la cellule est parfois émiettée c'est-à-dire reduite en fragments, le contour des prolongements est mal défini. Il est très difficile de voir la membrane du noyau et son contour est pour la plupart du temps indistinct. Les prolongements sont très courts, on a l'impression qu'ils ont disparu. Le nucléole est pâle, mal coloré. Les lésions de certaines cellules des cordons sont encore plus intenses; il y existe une espèce de fonte ou de cytolyse de la cellule. A cause de cette destruction cellulaire qui se produit à l'intérieur des cellules, il en résulte des vacuoles et des espèces de cavités dans le cytoplasma. A l'intérieur des vaisseaux, on voit des espèces de formations globulaires hyalines, bien colorées. Le noyau dela cellule nerveuse est toujours altéré, le carioplasma est parfois peu coloré, d'autres fois il l'est fortement. J'ai rencontré à plusieurs reprises l'état connu sous le nom d'homogéneïsation.

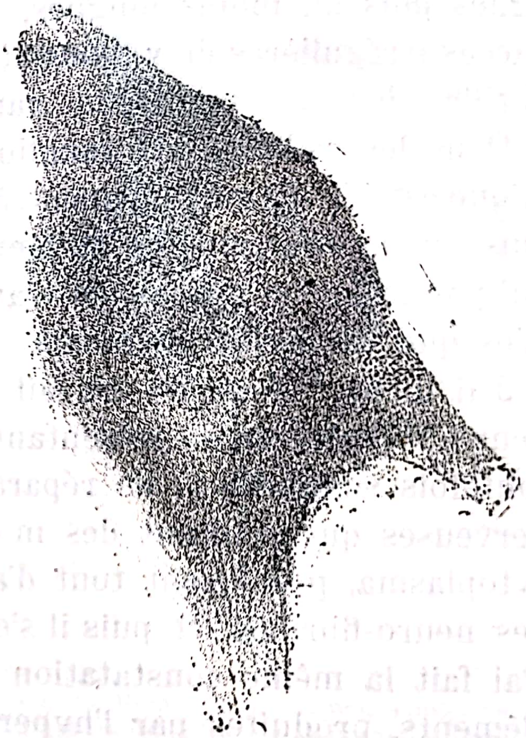


Fig 12. Cellule radiculaire provenant de la corne antérieure d'un chien de 2 jours exposé à l'insolation pendant 3 1/4 d'heure à la température ambiante 42°. La membrane nucléaire presque invisible le nucléole pâle, le réseau nucléaire altéré. Le cytoplasma ne presente que quelques fines granulations, disséminées dans une substance pâle d'apparence homogène.

Je crois qu'on pourrait rapprocher nos expériences sur l'insolation de celles de Vincent sur le tétanos soi-disant spontané qui ont été analysées dans cette revue même, par mon collègue le Professeur Cantacuzène. Vincent (¹) a montré que chez l'animal surchauffé, il se produit des modifications quantitatives et qualitatives des leucocytes. L'hyperthermie donne naissance à une cytolyse très intense des différentes espèces de leucocytes, ce sont les polynucléaires qui sont plus sensibles à l'hyperthermie. Les mononucléaires et les lymphocytes sont plus résistants, leur cytolyse n'apparaît que lorsque la température rectale a dépassé 42°,5. Dans les régions tétanigènes, les spores desséchés, inoffensifs pénètrent dans l'organisme et restent à l'état latent dans l'intérieur des globules blancs avant d'être détruits par la digestion intra-cellulaire, mais l'insolation relève la température intérieure, provoque probablement une leucolyse et le tétanos éclate, les spores du tétanos étant mis en liberté.

Les expériénces que je viens d'entreprendre sur les animaux exposés à l'insolation montrent, que cet accident produit des effets multiples, qu'il n'y a pas seulement une fonte des leucocytes, mais qu'on peut observer des phénomènes plus ou moins analogues du côté de cellules nerveuses. L'insolation produit non-seulement la fonte des éléments chromatophiles et des neurofibrilles, mais encore, à un degré plus avancé: la neurocytolyse. Etant donné qu'à des températures égales, l'hyperthermie et l'insolation produisent des lésions différentes, que celles de l'insolation sont beacoup plus graves; il est fort probable que ce dernier accident agit non seulement par les rayons caloriques, mais peut être aussi par l'intermédiaire des rayons chimiques.

On pourrait poser la question si les modifications morphologiques, que nous venons d'étudier dans les neuro fibrilles, jouent un rôle dans la genèse des sensations thermiques. Du moment qu'il est bien constaté que l'épaississement et l'hypertrophie de ces éléments chez les animaux exposés à des températures peu élevées sont lents à se produire, car ils réclament au moins deux heures; (il est vrai que nous ne connaissons pas encore le minimum de temps nécessaire pour les réaliser), nous ne pouvons pas les considérer ni comme cause effective dans la

---

(¹) A. Vincent. Tétanos et quinine. *Ann. de l'inst. Pasteur* 1894, p. 748 et Vaillard et H. Vincent. Contribution à l'étude du tetanos. *Ann. de l'inst. Pasteur* 1891.

genèse des sensations du froid, ni comme le substratum anatomique correspondant à un état fonctionnel déterminé. Il est beaucoup plus probable, que les modifications structurales que nous venons de décrire représentent plutôt un état d'accompagnement de certains états fonctionels et spécialement des sensations permanentes de froid. Cajal a noté l'épaississement et l'hypertrophie des neuro-fibrilles avec absence du réseau du cytoplasma dans la rage; etc. Je crois avoir démontré que l'hypertrophie des neuro-fibrilles n'est pas la conséquence immédiate d'un repos fonctionnel ou bien de la paralysie. Les expériences nombreuses, que j'ai faites à cet égard, de même que celles qui sont consignées dans un travail actuellement sous presse dans la Revue Neurologique me semblent démontrer ce fait d'une façon incontestable. La suppression des excitations fonctionnelles, qui arrivent à une cellule et l'abolition du travail intérieur de cette dernière ne donnent pas lieu à l'hypertrophie des neuro-fibrilles.

FAPTE CLINICE

D-ri Slătineanu şi Găleşescu.

ANGINĂ CU BACILUL LUI FRIEDLAENDER, PNEUMONIE

Cazurile de angină cu pneumobacilul lui Friedlaender nu sunt aşà frecuente. Se cunosc numai 22 cazuri de angine produse de acest bacil.

Raritatea aceasta provine în parte poate din aceea că unele din aceste angine trec nebăgate în seamă, din cauza benignităţii lor, în parte poate din cauză că altele sunt luate drept angine banale sau sunt puse în grupul diferitelor faringomicoze leptotritice. Oricum ar fi, rolul patogen al pneumobacilului în aceste cazuri de angină, nu poate fi contestat, căci acest agent nu este un ospete banal al cavităţii bucale: Netter l-a găsit de 3 ori pe 105 persoane examinate, Nicolle şi Hébert de 15 ori pe 2500 examene dintre cari numai de 13 ori în stare de puritate.

La cazurile de mai sus vom adăogà unul nou, pe care l-am observat la spitalul Colentina.

Iată observaţia acestui bolnav:

Radu Dragomir de ani 50, necăsătorit, de naţiune română, religiune creştină ortodoxă, domiciliat în Bucureşti, de profesiune muncitor, este primit în serviciul d-lui Dr. Urlăţianu dela spitalul Colentina în ziua de 2 Februarie 1905.

Părinţii trăesc şi sunt sănătoşi. Pacientul are 3 fraţi şi 2 surori, toţi sănătoşi.

In copilărie spune că a suferit mult de febră palustră, iar mai târziu a avut pojar. De atunci încoace a fost sănătos până acum doi ani, când a avut o dizenterie pentru care a intrat în spital, unde a stat o săptămână.

In spital bolnavul intră pentru un junghiu în partea dreaptă a toracelui. Acest junghiu datează de 3 zile şi fu însoţit de fiori, căldură. Tuşeşte şi expectorează mult.

La inspecţie bolnavul ni se prezintă cu faţa aprinsă, ochii injectaţi, — tegumentele ferbinţi. Examinând toracele, prin percuţie se găseşte în dreapta şi înapoi o matitate începând dela spina omoplatului până la bază; vibraţiile toracice sunt exagerate în această parte.

La ascultaţie murmurul vezicular este diminuat şi este înlocuit prin raluri crepitante ce se aud în inspiraţii. La un lat de mână dela vârful omoplatului se aude un suflu tubar. Bătăile cordului sunt mai frecuente, pulsul de asemenea. Ficatul, splina normale.

Urina nu conţine nici albumină, nici zahăr. Făcându-se o puncţie la baza dreaptă, în ziua de 4 Februarie s'a găsit un lichid de culoare galbenă puţin turbure, în care se aflà numeroase polinucleare, rare limfocite, celule endoteliale. Temperatura în ziua intrării 39, care peste 2 zile scade la 38 şi în ziua de 10 Februarie ajunge la 37^4. In acest timp i se administrează poţiunea Todd 100 gr., cafeină 1 gr., benzoat sodiu 2 gr., se mai dă câte 0,50 ct. chinină şi se face injecţiuni cu olei camforat, badijionage cu tinct. de iod la baza dreaptă.

In ziua de 11 Februarie pentru că bolnavul se plânge de o disfagie, mai mult o uşoară jenă în deglutiţie decât o adevărată durere, se examinează fundul gâtului şi se constată nişte plăci alburii de aspect difteric, pentru care e trimis în serviciul boalelor contagioase al d-lui Dr. Grosovici. La examenul făcut aci se constată că bolnavul de constituţie mediocră, foarte slăbit, se plânge de dureri în tot corpul şi junghiuri la nivelul bazei pulmonului drept. Aude greu şi răspunde foarte dificil şi încurcat, la chestiunile făcute. Se plânge de uşoare dureri în deglutiţii şi are o sensaţie de arsură în gură Temperatura e 38 pulsul 90, slab, tuşeşte puţin şi în timpul acesta durerile dela baza dreaptă se augmentă.

La examenul toracelui se constată în partea dreaptă o submatitate, care se întinde dela spina omoplatului până la bază, la acest nivel vibraţiile sunt exagerate, la ascultaţie respiraţia e puţin suflantă şi în timpul tusei se aud rare raluri crepitante. In restul pulmonului se aud raluri sibilante subcrepitante puţin numeroase, nimic la vârfuri. Bătăile cordului regulate, slabe, nu se percepe nici un suflu.

Din partea ficatului, stomacului, splinei intestinelor nu notăm nimic anormal. Urina nu conţine nici albumină, nici zahăr, micţiunea normală, scaunele de asemenea.

Pentru că bolnavul simte o sensaţie de jenă în faringe se examinează cavitatea bucală şi se constată că limba este uscată acoperită cu un uşor depozit murdar. Mucoasa bucală în apropierea fundului gâtului e de un roşu intens, amigdalele sunt puţin mărite de volum, roşii şi acoperite pe faţa lor internă de false membrane, cari se întind pe pilieri, pe vălul palatului şi pe lueta. Aceste false membrane sunt albe, sidefii, lucioase, foarte aderente de mucoasă sub-jacentă, aşà în cât se pot ridicà cu un tampon de vată numai parţial şi cu multă greutate, lăsând după ridicarea lor, mucoasa sângerândă. Ele se termină către mucoasă printr'un uşor burelet linear, neprezentând neregularităţi. De jur împrejurul falşelor membrane mucoasa este foarte injectată. Faringele e acoperit de mucus în mică cantitate. Ganglionii submaxilari nu sunt măriţi de volum, luându-se din această membrană şi examinându-se prin culturi pe ser coagulat şi pe lamă, s'a constatat o mulţime de bacili incapsulaţi, ce semănau cu bacilul lui Friedlaender.

La 12 Februarie, se ating falsele membrane cu cloral idrat (cloral 15 gr. glicerină 100). Se dă decoct de quinquină cu 2 gr. salol.

13 Februarie. Falsele membrane au luat o nuanță murdară. fără a se detașà. Se repetă aceeași medicație.

14 Februarie. Falsele membrane sau detașat pe alocuri, rămânând numai pe pilieri și luetă.

15 Februarie. Falsele membrane s'au reprodus având acelaș aspect sidefiu. Se ating cu acid fenic (acid fenic 10 gr. alcool, 20 gr. apă 30 gr.)

16 Februarie. Falsele membrane s'au înegrit detașându-se în lambouri, se repetă medicația.

18 Februarie. Se mai văd pe pilieri câte-va lambouri de false membrane.

20 Februarie. Falsele membrane s'au deslipit complect, mucoasa e aproape cicatrizată, ralurile din pulmon au dispărut, starea generală mai bună. Bolnavul se concediază din spital.

Pentru a ne asigurà dacă avem aface cu bacilul lui Friedlaender am studiat acest bacil prin preparațiuni extemporane prin culturi pe ser, agar, gelatină, bulion, lapte și prin inoculațiuni.

Examenul acestor produse de raclaj întins pe lame colorate cu Gram și fuxină diluată ne arată prezența a numeroși diplococo-bacili mai mult sau mai puțin ovalari, prezentându-se adesea ori sub formă de bastonașe, scurte cu extremitățile rotunjite, net incapsulați, ne luând Gram, prezentând în scurt, toate caracterele morfologice ale pneumo-bacilului lui Friedlaender se mai găsià alături de pneumobacili, câțiva coci ținând Gram, pneumococi și spirili; nu s'a găsit nici un bacil asemănător difterícului.

Pe serum gelatinizat după 24 ore se dezvoltă colonii alburii, strălucitoare și sidefoase, de aspect vâscos, mici și foarte numeroase Examenul microscopic prin colorațiunea Gram, arată forme microbiene analoage cu cele din preparațiunile extemporane, forme în diplo, fără capsulă. netinând Gram. Cultura a fost absolut pură.

De aci făcându-se culturi:

Pe agar, după 24 ore se dezvoltă colonii mari rotunde, alburii, vâscoase, cu reflex sidefos, reunite în unele locuri sub formă de bande cu aspect mucos.

Pe gelatină, după 6 zile, în strii, mici mase rotunde, alburii de aspect mucos, formând o bandă opacă vâscoasă cu reflexe strălucitoare. In înţepătură, cultură în cui, al cărui cap este constituit de o mare colonie alburie. Gelatina nu s'a lichefiat.

In bulion cu peptonă, după 24 ore, turburare uniformă, groasă, fără grunji, nici pânză.

Pe cartofi, după 24 ore, un depozit subţire alburiu, umed şi vâscos. Producţiune de numeroase bule de gaz pe toată suprafaţa cartofului.

Pe agar glicerinat, colonii ca cele de pe agar pur, formând însă bule de gaz, care determină crăpături în agar.

In lapte, coagulaţie incompletă.

Pentru a ne dà seama de virulenţa acestui bacil, am făcut inoculaţie la un şoricel alb, cu o cultură din ser diluată în bulion. La locul de inoculaţie s'a format un absces cu puroiu cremos, filant, animalul murì în 36 ore. La autopsie se constată ipertrofia splinei şi numeroşi bacili incapsulaţi s'au găsit atât în sânge cât şi în toate organele.

Evoluţiunea clinică a acestei angine este esenţialmente cronică şi a prezentat cele două caractere aşà de speciale anginei cu bacilul lui Friedländer, anume: benignitatea şi tenacitatea.

Tenace, şi s'ar puteà zice cutropitoare, căci cu toate badigeonagele făcute, falsele membrane s'au întins şi persistau.

Benignă cu toate astea, căci deşi erà întinsă pe pilieri, amigdale, luetă, era aproape nedureroasă, bolnavul simţind numai jenă, ce nu erà mare în deglutiţiă; starea generală nu erà de de loc alarmantă.

BIBLIOGRAFIE

1) **Max Stoos.** Angine à bacilles de Friedlaender. (*Annales suisses des sciences médicales,* 1895, seria III, cartea I.

2) **A. Hébert.** — Sur les angines à bacilles Friedlaender, Thèse. Paris, 1896.

3) **Léon.** — Angine à bacilles de Friedlaender (1 cas). Thèse. Paris 1897.

4) **Sevestre.** — Société médicale des Hôpitaux, 1897, Februarie 19 (3 cas).

5) **Ch. Nicolle et A. Hébert.**—Les angines à B. Friedlaender. (*Annales de l'Institut Pasteur.* XI. 1897, pag. 67.

6) **W. C. C. Pakes.** — The bacillus of Friedlaender in pharyngitis and tonsillitis, (3 cas). (*The médical Journal,* 1897).

7) **J. Nicolas.**—Sur la cœxistence d'une angine pseudo-membraneuse atypique et d'un microbe nouveaux (1 cas). (*Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique.* 1898. Ianuarie).

8) **Ch. Nicolle et Hébert.**—Les angines à bacilles de Friedlaender. (*Presse médicale.* 25 Ianuarie 1899, pag. 38).

9) **A. Billet.** — Deux nouveau cas d'angine à bacilles de Friedlaender. *(Presse médicale* 1899, Martie 8, pag. 114).

10) **A. Descos.** — Angine à pneumo-bacille de Friedlaender. *(Presse médicale.* Martie 5, pag. 220, 1902.

11) **Ch. Nicolle et A. Hébert.**—Les angines à bacilles de Friedlaender *(Presse médicale,* 31 Mai 1902, pag. 521).

12) **E. Mayer**—Anginen durch den Friedländer'schen Bacillen (1 caz). *(Arch. f. Laryng.* XI Bd, 2 H. 1900.

13) *New-York medical Journal* 1900.

Dr. Uscatu.

PLUMB TOPIT ÎN OCHI

E mai mult de un an de când am dat ajutor unui lucrător, căruia îi sărise o picătură de plumb topit, într'un ochiu. După jumătate an, am avut un al doilea caz similar.

Lucrătorii de cari este vorba, toarnă plumb topit în forme de pământ. Dacă pământul nu e bine uscat şi încălzit, fenomele ce se petrec când cade în ele metalul topit, par a fi următoarele: temperatura înaltă a plumbului volatilizează imediat apa conţinută în pământul formei, şi repeziciunea volatilizării dă vaporilor o tensiune atât de mare, în cât aceştia, în desvoltarea lor, aruncă şi o parte din lichidul metalic, care provoacă arsuri.

Ambii lucrători au fost stropiţi pe faţă, mai ales pe pleoape; arsurile produse au fost de gradul al doilea, căci lichidul nu persistă în locul atins.

Interesant însă e fenomenul ce se întâmplă cu picătura ce intră în ochiu. Ne-am aşteptă să producă o arsură gravă şi adâncă; e tocmai contrariul. Picătura metalică găseşte ochiul normal umectat—poate mai umectat din cauza luminei şi căldurei cuptorului la care lucrează—şi aceasta probabil îi reduce imediat temperatura; cu atât mai mult că mişcarea reflexă de închidere a pleoapei, turteşte picătura sferică, prefăcând-o într'o foiţă foarte subţire, aşà de subţire, că la unul din cazuri prezintă o gaură la mijloc.

Subiectiv bolnavul, pe lângă spaima ce exprimă, acuză dureri teribile şi e în imposibilitate de a deschide ochiul. Obiectiv, în ambele cazuri, la îndepărtarea pleoapelor se vede foiţa metalică acoperind pupila. După ce se instilează câteva picături dintr'o soluţie de cocaină 5% se poate ridicà corpul străin cu o bucăţică de vată. Leziunea rămasă constă într'o puternică congestie a conjonctivei şi scleroticei, şi într'o descuamare a păturii superficiale a epiteliului cornean, numai superficiale, căci nu rămâne nici o ulceraţie şi nici vreo pată mai târziu.

Ca tratament se instilează bolnavului vreo două picături dintr'o soluţie de cocaină şi atropină, şi i se dă acasă o soluţie de cocaină 2% din care instilează îndată ce simte dureri. Tot timpul pune comprese boricate reci şi vine zilnic la vizită. Vindecarea se face în trei zile, fără a lăsà în ochiu vreo urmă, pe când arsurile tegumentului persistă încă.

Ar fi interesant de ştiut dacă şi alte metale topite se comportă la fel în ochiu; căci ele au o temperatură de topire mult mai înaltă decât a plumbului, care e de 334°.

FAPTE ANATOMO-PATOLOGICE

Doctor Poenaru-Căplescu
Medic secundar al spitalelor

UN CAZ DE EUSTRONGYLOZĂ RENALĂ LA CÂINE

Căile urinare ale omului şi ale animalelor domestice sunt foarte rar sediul entozoarilor.

Un singur verme: *Eustrongylus gigas* pare că este endoparazitul special al acestor căi. Celelalte cazuri publicate şi foarte numeroase de parasiţi ai căilor urinare se referă:

a) la protozoare,

b) la vermi de specii nedeterminate ori rău determinate,

c) la corpuri de formă vermiculară, cari de multe ori nu erau animale,

d) vermi intestinali căzuţi în băşică ori puşi accidental în urină de simulanţi,

e) chiste hydatice, larve, cari ştim că au localizări multiple,

f) vermi ai țărilor calde, cari deși produc hematurii, nu sunt speciali căilor urinare, ci trăesc de obiceiu în torentul circulator.

La noi în țară, Eustrongylus gigas a mai fost găsit o singură dată în bășica urinară a unui bolnav sucombat în serviciul chirurgical și oftalmologic din spitalul Colțea în 1879.

Piesa a fost examinată de profesorul Blanchard (1), care a determinat un Eustrongylus gigas femel. Parazitul aveà o lungime de 87 cm. Nu s'a putut găsì nimic în observațiunea bolnavului cu privire la turburările căilor urinare. Piesa e conservată în muzeul de Anatomie patologică al prof. Babeș, înscrisă în catalog la No. 814, dulapul L.

Observațiunea ce urmează, împreună cu cea publicată de profesorul Blanchard, sunt foarte importante, dovedind că Eustrongylus gigas trăește și la noi, nu numai la om, dar și la animalele domestice, fapt ce ar puteà în viitor să ajute la explicarea modului de dezvoltare și de infectare a Eustrongylului cari nu sunt stabilite.

Pe la începutul anului curent, d-l profesor Paulescu făcând autopsia unui câine, a găsit o adevărată surpriză de autopsie: un parazit voluminos în rinichiul drept. D-sa a trimis piesa Laboratorului de Zoologie Medicală, pentru a se determinà specia și caracterele parazitului. Impreună cu d-l profesor Sihleanu am stabilit următoarele:

Parazitul trimis face parte din tipul vermilor, clasa nematelminților, ordinul nematozilor, familia strongilizilor, genul *Eustrongylus*, specia *gigas*.

Prezintă un corp cilindric, uniform în toată lungimea, care măsoară $47^{\text{cm.}}$. Lățimea corpului ca de $8^{\text{mm.}}$. La extremități este bont, ușor convex și puțin mai subțire decât treimea mijlocie a corpului. Tegumentul subțire, prezintă o fină striațiune transversală și e plesnit pe alocurea, lăsând să se vadă organe interne. Culoarea parasitului este roșie sanguină, alterată, din cauza formalinei în care a stat piesa timp de 2 luni. Extremitatea anterioară rotunjită, prezintă în mijloc un orificiu rotund, regulat, gura. Nodulii înconjurători nu se văd. Puțin mai înapoi, pe fața ventrală, cam la $50^{\text{mm.}}$ de gură, cu ajutorul lupei, se vede bine un orificiu: porul genital sau vulva. Extremitatea posterioară de aceeaşi dimensiune cu cea anterioară, tot convexă prezintă în mijloc anusul. In porţiunea mijlocie a corpului, la nivelul tegumentelor plesnite, se vede cavitatea generală a corpului şi unele organe: tubul digestiv, un intestin subţire, cilindric, rectilin, care străbate toată lungimea corpului. Se mai vede un organ filiform, albicios, de grosimea unui fir de bumbac, încolăcit şi foarte lung, care se continuă înainte cu un organ cevà mai gros, de aceeaşi coloraţiune: uterul. Am luat cu pensa mici porţiuni din aceste organe, uter şi ovar, le-am pus pe lamă, le-am exprimat, şi observându-le la microscop, am constatat prezenţa ouălelor caracteristice de Eustrongylus gigas. Corpul lor este ovoid, nedehiscent, căci nu se vede urma capacului (Distom, botriocefal). Prezintă o suprafaţă neregulată, acoperită de scobituri mici rotunde, înconjurată de o substanţă, de o margine brună. Se ştie că coaja acestor ouă e străbătută de nenumărate canalicule, cari trec prin masa vitelină, fără ca aceasta să iasă afară sau să comunice cu exteriorul. Acest aspect neregulat, muriform aşi puteà zice, dar cu scobituri în loc de ridicături, se vede în preparatul nostru pe toată suprafaţa oului. Autorii, între cari Balbiani (¹) au arătat că oule la poli sunt transparente, necanaliculate, omogene. După aceste caractere am putut afirmà că parazitul trimis pentru determinare este un Eustrogylus femel.

---

(1) R. Blanchard. Nouvelle observation de Strongle Géant. chez l'homme, Compte rendu de la soc. de biologie, III, p. 379. 1886.

Parazitul în cazul nostru s'a desvoltat probabil în basinet, apoi mărindu-se treptat, a distrus parenchimul renal în parte, rămânând numai o mică porţiune de ţesut cortical pe marginea convexă a organului, iar restul e transformat într'o pungă cu pereţi fibroşi destul de rezistenţi Fig. 1.

Rinichiul opus leziunei e mărit de volum prezintând o ipertrofie fiziologică de compensaţiune.

Eustrongylus gigas este cel mai mare hematod. Bărbatul are o lungime de 16—40 cm. cu o lăţime de 4—6 mm., prezintă la extremitatea posterioară sau caudală o bursă ovalară în care se găseşte orificiul cloacal prin care ese un spicul setiform Fig. 2. A. Orificiul este situat pe o mică eminenţă în Y. Femela lungă dela 20 cm. până la 1 m. cu o lăţime de 5—20 mm., este ob-

---

(¹) R. Blanchard. Zoologie Médicale. 1889, p, 728.

tuză mai ales la extemitatea posterioară unde se află anusul Vulva se găsește situată ca la nematozi în genere pe fața ventrală aproape de gură, la vre-o 50—70 mm.

In privința organizațiunii interne, a aparatului digestiv, organelor genitale, etc. Eustrongylus prezintă aceleași dispozițiuni ca la nematozii comuni (Ascaris de ex.) și găsesc inutil de a insistă

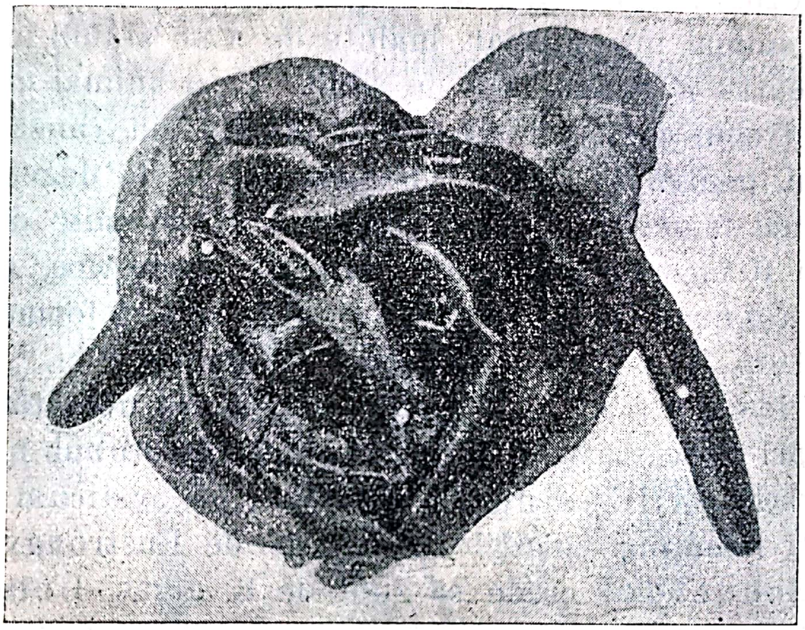


Fig. 1. Eustrongylus gigas în rinichiul câinelui, fotografiat după natură (piesa noastră).

Embriologia. Desvoltarea embrionului a fost studiată de **Balbiani.** [1]) In momentul expulzării, oul a suferit un început de segmentare, e luat din rinichi și dus de curentul urinar afară.

Dacă e așezat în apă ori în pământ umed se vede embrionul desvoltându-se iarna în interval de 5 până la 6 luni; vara evoluțiunea e mai rapidă.

Embrionul odată format poate rămâne cel puțin 5 ani în ou fără a eși și fără a pieri. Dacă e scos din ou se alterează repede în apă, căci nu poate trăi decât în lichide albuminoase Oul este elipsoid, ovoid, după cum am văzut, lung de 64—68 μ, lat de 42—45 μ. Invelișul e chitinos, rezistent dar fragil, de coloraţiune brună şi prezintă aspectul descris mai sus şi observat în preparatul nostru Fig. 2 A. B. Embrionul este fusiform lung de 240 μ. lat de 14 μ. Suprafaţa fin striată transversal şi esofagul prezintă la partea anterioară o mică armătură prevăzută cu 3 dinţi chitinoşi.

---

[1]) G. **Balbiani** Recherches sur le développement et le mode de propagation du Strongle géant. (Eustrongylus gigas Dies) Journal de l'anatomie VII, p. 180. 1874. Id. Comptes rendus dela soc. de biologie I., p. 125, 1874.

Fig. 2. c. Balbiani a încercat în zadar să infesteze câni, dându-le ouă cu embrioni. Vom admite dar, că pentru cei mai mulţi entozoari, embrionul de Eustrongylus trebue să treacă printr'un animal intermediar, înainte de a se stabilì într'un organism pentru a atinge faza de adult. Acest animal nu e cunoscut, vor trebuì cercetări ulterioare, dificile din cauza rarităţii parazitului, pentru a stabilì complect fazele de dezvoltare. Intr'un animal femel adult şi fecundat se găsesc sute de mii de ouă şi aşi fi încercat să infestez animale domestice, dar ouăle din parazitul nostru fiind conservate mult timp în formalină concentrată 10% îşi perduseră de mult vitalitatea.

Schneider a găsit la câţi va peşti exotici, nematozi închistaţi, pe cari Rudolphi îi descrisese mai înainte sub numele de Filaria cystică şi Diesing de Agamemnona cysticum In realitate aceşti nematozi chistici sunt larve de Eustrongylus, dar pe când Schneider crede că sunt de E. gigas, Leuckart e de părere cu totul opusă. Balbiani n'a reuşit să infesteze cu ouă proaspete nici câni, nici peşti, nici reptile, nici crustacei.

Distribuţia geografică. Eustrongylus gigas se găseşte răspândit cam pe toată suprafaţa globului; pare însă a fi mai frecuent în ţinuturile cu ape bogate în crustacee şi moluşte.

E destul de rar în Franţa, mai frecuent în Italia, unde Silvestrini l'a găsit în rinichiul cânilor de vânătoare (Toscana).

Am omis a spune că coloraţiunea roşie închisă a tegumentelor parazitului, a fost studiată de V. Aducco [1]) care a stabilit că substanţa roşie are mare asemănare cu Oxyhemoglobina vertebratelor, diferă însă prin o rezistenţă mai mare la căldură şi faţă de reactivi.

E Gigas a fost găsit şi semnalat mai alos în:

Franţa de Rayger, de l'Etang, du Verney, Mery, Moublet etc.

---

[1]) V. Aducco La substance rouge de l'Eustrongylus gigas, *Arch. ital. de biol.* pag. 52/1889.

Olanda de **Hegenitius**, **Bartholin**, **Kerckring**, **Ruysch**, **Van Swieten**, etc.

Italia de **Redi**, **Vallisneri**, **Valsalva**, **F. Frank** etc.

Germania de **Sonnert**, **Schelgvigius**, **Hartmann**, **Schacher**, **Wolff** etc.

Canada de **Stratton**.

Statele-Unite de **Erasm Miller**.

Paraguay de **Blas Noseda**.

Japonia, Madagascar și altele.

Din aceste date [1]) putem conchide că Eustrongylus gigas este un parazit cosmopolit.

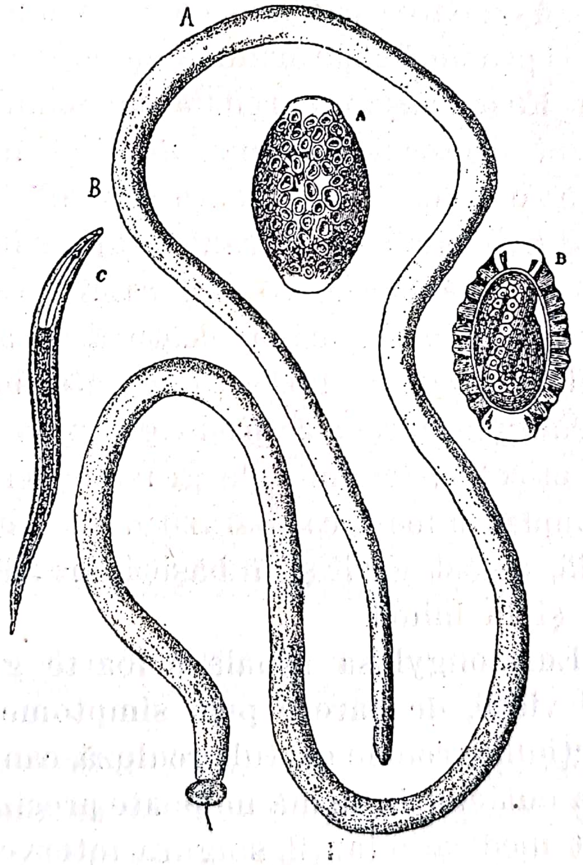


Fig. 2. A. Eustrongylus gigas mascul, la extrimitatea posterioară se vede bursa odalară și spiculul — A. B. Ouăle de Eustrongylus. C. embrionul.

Patologia. Cu privire la turburările produse de parazit, nu am găsit decât observațiuni referitoare la câine. De cele mai multe ori, la alte animale și la om prezența entozoarului nu a fost nici măcar bănuită în timpul vieţii şi parazitul a fost găsit ca surpriză de autopsie.

---

[1]) C. **Davaine**. Traité des entozoaires 1877, Paris.

De obiceiu câinele bolnav devine trist şi răutăcios, mersul este vacilant, vocea raucă, urinele sanguinolente. In unele cazuri turburările nervoase observate erau aşà de pronunţate că s'a pus diagnosticul de turbare. Alteori animalul are dureri violente, latră, urlă, geme, slăbeşte treptat, s'au văzut şi câini graşi până la moarte[1]).

Anatomia patologică. Parazitul de cele mai multe ori ocupă basinetul, îl dilată şi distruge încetul cu încetul parenchimul organului aşà că s'a întâmplat să se găsească în loc de rinichi, o pungă cu păreţi subţiri conţinând numai parazitul. Vasele sanguine, cari rezistă un oare care timp, cedează, dând loc la emoragii însemnate, cari produc hematuriile abundente din timpul vieţii.

Animalele cu Eustrongyloză renală au urini sanguinolente şi purulente, când ureterul e permeabil bine înţeles. Un taur observat de Grève suferea de retenţie urinară. Oprit în ureter, parazitul produse hydronefroze mecanice; ajuns în băşică, dă naştere la fenomenele produse de corpi străini ori de calcule. Câinele lui François Frank, urina picătură cu picătură.

La om deşi observaţiunile lipsesc detaliate în timpul vieţei, se ştie că Eustrongyloza renală produce dureri violente, hematurii (colici nefretice) şi fenomenele grave observate în lithiaza renală. S'a întâmplat uneori ca parazitul să pătrundă în cavitatea peritoneală, a fost găsit şi în băşică, uretră, în ficat, în cavitatea toracică şi în inimă.

Diagnosticul Eustrongylosa renală e foarte greu de diagnosticat în timpul vieţii, de oarece prin simptome se poate uşor confundà cu afecţiunile renale ca: tuberculoză, cancer, lithiază etc.

Numai găsirea ouălelor în urină ne poate precizà diagnosticul; ori ce tratament medical e inutil, singură intervenţiunea chirurgicală (nefrectomia) ar da rezultate, dacă starea funcţională a rinichiului din partea opusă ar permite intervenţiunea.

Cazurile de Eustrongyloză umană.

Profesorul R. Blanchard[2]) în tratatul său din 1889 dă ca autentice un număr de 6 cazuri observate la om. Citez numai numele autorului și data nefiind important a le da în extenso:

---

[1]) Moublet cit. journ. de méd. et de chir. 1758, t. IX, p. 346.

[2]) R. Blanchard loco. cit, Zoologie, p. 737.

1) Cazul lui **Blaes** 1674 în rinichi.
2) Cazul lui **Ruysch** 1737 în „
3) Cazul lui **Josephi** 1819 în uretră.
4) Cazul lui **Aubinais** 1846 rinichi.
5) Cazul lui **Sheldon** 1857 în rinichi la o femee.
6) Cazul lui **Blanchard** 1886 din București.

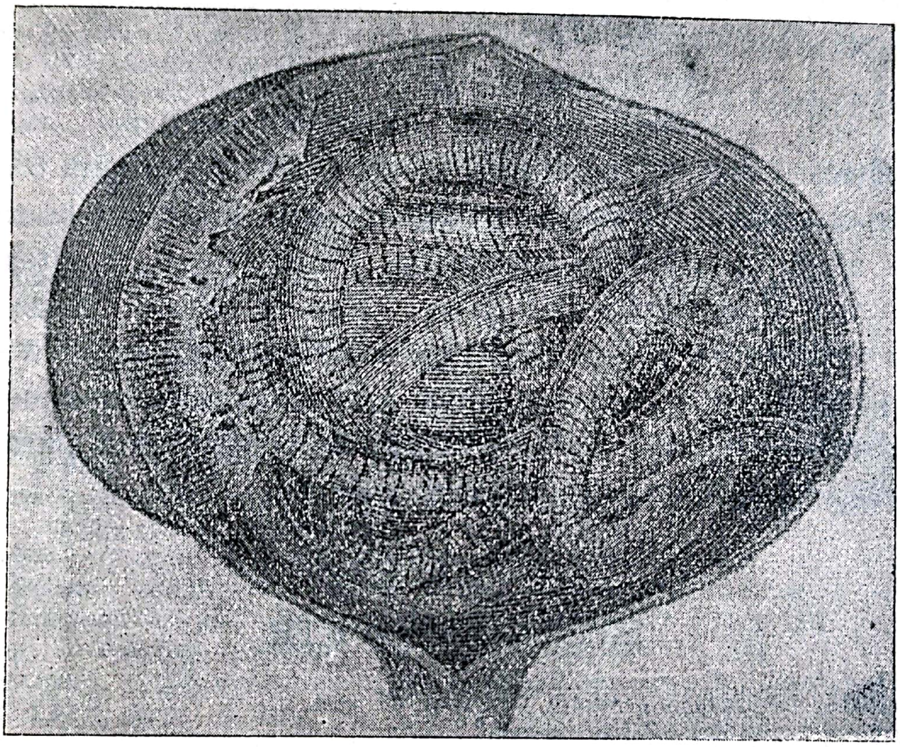


Fig. 3.—Eustrongylus gigas femel în rinichiul câinelui. Desenat după natură. (Vezi **Raillet**, Zoologie médicale et agricole. 1895. Paris, pag. 420.

Davaine[1]) în tratatul său mai dă câteva cazuri probabile de Eustrongyloză umană pe lângă unele citate de **Blanchard**:

7) Cazul lui **Moublet** din Tarascon—un copil cu 3 eustrongyli —rinichi și uretră.

8) Cazul lui **Duchateau**[2]) rinichi.

9) Un enstrongylus gigas din rinichiul unui om; piesă foarte bine conservată în muzeul colegiului regal al chirurgilor din Anglia.

---

[1]) **Davaine** loc. cit. p. 280.

[2]) **Duchateau** observ. sur des vers contenus dans les voies urinaires Journ. de méd.-chir. de Lerkoux, Paris 1816 citat. p 242.

In afară de aceste cazuri autentice mai se cunosc încă vre o 8 dubioase (Ernestus, Zacutus, Lusitanus, Albrecht, Ent, Pechlin, Raisin, Lapeyre şi Arland.

Eustrongyloza la animale.

Numărul cazurilor publicate la animale este cu mult mai mare şi spaţiul nu-mi permite a le menţionà pe fiecare. Am putut găsì în literatură până la 1895 următoarele:

In rinichi la câine 42 cazuri.
” ” „ cal 5 cazuri.
” ” „ bou 5 cazuri.
” ” „ diferite animale sălbatice 8 cazuri.

In băşică 1 cas. In cavitatea toracică şi abdominală 6 cazuri. In ţesutul celular perirenal la câine 1 caz. In inimă la câine 1 caz. In afară de aceste observaţiuni Von Linstow citează într'o lucrare a sa pe Eustrongylus gigas ca parazit la porc.

Cum vedem din cele expuse mai sus, Eustrongyloza, ca şi alte boale verminoase e mai frecuentă la animalele domestice decât la om, un motiv mai mult în profilaxia boalelor endoparazitare de a evità promiscuitatea acestor animale.

BIBLIOGRAFIE

Ch. Bouchard. — *Pathologie générale*, vol. II p 753. 1896.

C. Davaine. — *Traité des entozoaires*, 1877.

R. Blanchard. — *Zoologie médicale*, 1889.

A. Raillet. — *Zoologie médicale et agricole*, 1895.

M. Neveu Lemaire. — *Parasitologie animale*, 1903.

G. Carlet. — *Zoologie médicale*, 1892.

V. Aducco. — La substance colorante rouge de l'Eustrongylus gigas. (*Arch. ital. de biol.* XI, p. 52. 1889).

T. Metaxa.—Memorie Zoologico-mediche. Roma, 1883. Verme vivo uscito dall'uretra di una fanciulla, p. 72.

D. de Marinis. — Dissertatio philosophico-medica de remonstrosa a capucino Pisauri per urinam excreta Romae. 1678.

Magueur. — Strongle Géant du rein expulsé en partie par le canal de l'urèthre chez un enfant de deux ans et demi. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, p. 337. 1887—1888).

J. Chatin.—Le strongle paradoxal chez l'homme. *Bulletin de l'Acad de Méd.* (3). XIX, p. 483. 1888.

G. Balbiani.—Recherches sur le developpement et le mode de propagation du Strongle Géant. (*Journal de l'Anatomie.* VII, p. 180. 1870).

Jean de Clamorgan. — La chasse au Loup. Lyon 1870.

Ch. Rayger. — Sur un serpent qui sortit du corps d'un homme après sa mort. Ephemerides natural curiosorum, decas I, anno VI et VII obs CCXV. 1675. (*Collection académique, partie étrangère.* III, p. 309).

Ger. Blasii.—Observata anatomica in Homine, Simia, Equo, etc. Lugduni Batavorum. 1674, p. 125. Lumbrici in renibus.

Fr. Ruyschii. — Opera omnia. Amstelodami. 1737. I. p. 60.

Moublet.—Sur des vers sortis des reins et de l'urèthre d'un enfant. *Journal de Méd. et de Chir.* IX, p. 544. 1758.

G. Collet-Meygret. — Mémoire sur un ver trouvé dans le rein d'un chien. (*Journal de physique et chimie et d'histoire naturelle.* LV, p. 458. 1802).

Albers. — Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Thiere. Bremen 1802, I. p. 115

Duchateau. — Observations sur des vers contenus dans les voies urinaires. (*Journal de Méd. et de Chir.* XXXV, p. 242. 1816).

C. A. Rudolphi. — Entozoorum synopsis Berolini. 1819, p. 261.

P. Rayer. — Traité des maladies des reins. Paris. 1841, v. III, p. 728.

C. Arlaud.—Sur une observation de Strongles Géants, sortis des voies urinaires d'une femme. (*Bull. de l'Académie de Médecine* XI, p. 246. 1846).

Aubinais. — Journ. de la section méd. de la Soc. académique du départ. de la Loire Inférieure CVI. (*Revue Médicale* p. 569. 1846).

Edm. Lankester in Fr. Küchenmeister.—On animal and vegetable parasites of the human body. London. 1857. v. I, p. 379.

J. Lecoq. — Du strongle Géant, dans les voies urinaires de l'homme. (*Arch. gén. de médecine.* I. p. 666. 1859).

T. Sp. Cobbold.—Catalogue of entozoars in the Muzeum of the Royal College of surgeons. London. 1866.

O. von Linstow.—De Eustrongylo gigante Dies. in hominis rene observato, Dessinang. Kiliae. 1866,

Al. Laboulbine. — Histoire des maladies parasitaires. Du strongle. (*Gazette des hôpitaux.* 1881, p. 794 et 817.

F. V. Lisitsin. — Archiva veter. naouk. St. Petersbourg. XV, p. 186. 1885. (ruseşte).

Ch. H. Ralfe. — A practical treatise on diseases of the Kidneys and urinary derangements. London, 1885, p. 378.

R. Banchard.—Nouvelle observation de Strongle Géant chez l'homme. Compte rendu. de la soc. de biologie. III. p. 379, 1886.

R. Caunon. — Case of Strongylus gigas. The Lancet. I. p. 264. 1887.

A. Caesalpinus.—VII. Pr. Med. citat de Welsch. De vena mediu., p. 135.

Teod. Kerckringii. — Spicilegium. (*Anat. Amst.* 1670. obs. LXXIX, p. 153).

Er. Miller. — Descript. Catalogue, etc., of the Boston Society. 1889.

François Frank. — Ein Spulvürm in der Urinblase eines Hundes, in Hufeland. (*Med-Journ.* t. XVIII, part. I, p. 112.

Leblanc.—Note sur une éspèce particulière de tumeurs sous cutanées chez le chien, déterminées par la présence du strongle géant. Rapport de MM. Rayer, Bouley, Ségalas. (*Bullet. de l'Acad. nation. de méd.* Paris. 1850, t. XV, p. 640).

Sterck. — Diss. de rabie canina Lugd. Bat. 1740.

Sperling. — Dissert. de vermibus. Citat de Pallas. Teză. p. 18.

Bern A. Grève. — Exper. et obs. sur le maladies des anim. domest. comp. aux malad. de l'homme. Oldenbourg. 1818, t. I, C. XVII.

Raisin.—Observ. sur un ver rendu par les urines. (*Journ. de Méd. Chir.* etc. 176 p. 458).

LUNA MEDICALA

SOCIETĂȚI SAVANTE STRĂINE

ACADEMIA DE MEDICINĂ DIN PARIS.

Sedința din 11 Iulie 1905.

Paul Regnier. Sur une observation de fibrolipome tuberculeux du genou par M. Dr. Couteaud, médecin en chef dela marine. Cazul unui matroz, în a cărui antecendente hereditare și personale nu se găsește nimic important, afară doar de faptul că cu 7 ani înainte, în urma unui traumatism violent al genuchiului a căpătat o artrită, care l-a ținut două săptămâni la pat. Dela această dată n'a mai avut a se plânge de genuchiul lui până acum, când se prezintă cu o hidartroză puternică a aceluiaș genuchiu, tumefacția fiind mai evidentă de partea externă a articulației. Prin palpație se constată prezența unui corp străin intraarticular foarte mobil. Alte turburări subiective, afară de o ușoară șchiopătură la intervale și tumefacția mare a articulației, nu are.

Diagnosticul clinic de corp străin în articulație datorit unei vechi artrite, justifică intervenția chirurgicală, în urma căreia se extrage o tumoră pediculată de mărimea unui testicul, cântărind 14 gr. Consistența și aspectul tumorii erau acelea a unui fibrolipom. Pediculul lung de 3 cmt. $^1/_2$ eră inserat pe sinovială îngroșată și de aspect vilos.

Secționând tumora, în centrul ei se găsește un sâmbure cazeos de mărimea unui sâmbure de prune, a cărui origină tuberculoasă a fost confirmată prin examenul microscopic și inoculări la cobai. Producțiunile lipomatoase articulare se prezintă sub două forme: lipomul arborescent arătat pentru I-a oară de Goetz în 1798 și lipomul circumscris. Considerate ca tumori, origina inflamatoare a lipomului arborescent arătată întâiu de Virchow a fost confirmată de Schmolek, Volkmann, Krause.

Kouzime din 12 cazuri de lipome articulare ale genuchiului, în cinci a găsit tuberculoza evidentă, în patru cazuri tuberculoză în vecinătatea articulației și în alte trei tuberculoza s'a declarat mai târziu. Sunt însă relatate și cazuri negative de fibrolipome arborescente, în ce privește tuberculoza.

Dacă pentru fibrolipomele arborescente articulare, origina tuberculoasă eră mai în toate cazurile confirmată, nu fusese pentru fibrolipomul circumscris (care poate fi privit ca un început a celui arborescent) până la cazul d-lui Couteaud. Importante că intervenţia chirurgicală mai în toate cazurile de fibrolipom arborescent a fost urmată de ankiloza genuchiului, pe când în cazul D. C. articulaţia şi-a păstrat toate mişcările.

D. Ehrman. De l'influence de certaines maladies intercurrentes sur la marche des palatoplasties. Inainte de expunerea celor trei observaţiuni, cari au făcut subiectul comunicării, E. expune în general condiţiunile, care în afară de acelea ale intervenţiei chirurgicale în sine, fac să nu reuşească o palatoplastie: diatezele, când chirurgul de cele mai deseori se abţine; şi maladiile intercurente, care surprind de obiceiu pe chirurg. Infecţiunea aparatului digestiv şi respirator e cea mai frecuentă şi lucrează oare cum în mod direct: o gastro-enterită în cazul lui Rouge; o broncho-pneumonie în a lui Bilroth; o tusă violentă în a 8-a zi dela operaţie în cazul lui Smith; o stomatită ulcero-membranoasă într'un alt caz a lui Smith, au făcut să se dezunească marginile plăgii şi succesul palatoplastic să fie compromis.

Maladiile infecţioase generale lucrează printr'un viciu de nutriţie şi de reparaţie, funcţiunile nutritive ale organizmului fiind compromise.

O altă serie de cazuri, în care dezunirea s'a făcut după trecerea unui timp relativ îndelungat dela intervenţie (2 luni într'un caz a lui Smith, o lună la un caz a aceluiaşi chirurg) fără ca bolnavul să fi avut vreo afecţiune intercurentă, printr'un proces de absorbţie progresivă a cicatricei. Opus două cazuri a lui Ehrman cu difterie şi ale lui Smith cu scarlatină, în care reunirea a rămas intactă.

I-a observaţie. Copilă 6 ani, diviziune congenitală a vălului palatin, cu crestătura lamei orizontale a palatinelor. Procedeul operator în doi timpi, a 6-a zi se scot 3 fire metalice din 5, peste noapte se declară o scarlatină. A 25-a zi se scot şi celelalte două fire, reunirea perfectă.

A doua observaţie. Copil 7 ani, la vrâstă de 6 luni pentru diviziunea bilaterală complectă se procede la refacerea oaselor intermaxilare proeminente prin secţiunea subperiostală a vomerului şi operaţia de buză de epure dublă. Operaţie în doi timpi, se aplică 11 fire; a treia zi se declară o scarlatină. A 12-a zi se scot firele, reunirea rămânând intactă.

A treia observaţie. Copilă de 4$^1/_2$ ani, diviziune unilaterală stângă, primitiv complectă. Operată la vârsta de 2$^1/_2$ ani pentru buză de epure. Se face întâiul timp al palatoplastiei şi după 6 zile sutura; după 7 zile se scot firele lăsându-se 3 din ele şi în aceeaş zi o difterie se declară. După 25 zile scoţându-se şi celelalte 3 fire, reunirea nu suferise de loc. Succesul acestor 3 cazuri se datoreşte: 1) gradului de virulenţă atât de variabil al maladiilor infecţioase, 2) faptului că în două din cazuri, maladia s'a declarat în 6-a şi a 8-a zi dela intervenţie, 3) însăşi technicei operatorii intrebuinţate, de care autorul n'are decât să se felicite în cele 65 observaţii personale, urmate toate de succes.

Nestor Gréhant. **Anesthésie complète produite chez les animaux par la voie sous-cutanée et par la voie stomachale.** Ideea, dela care a plecat N. G., a fost că introducerea cloroformului pe cale venoasă ar fi mai puțin gravă decât pe cale arterială, care conduce otrava imediat la elementele anatomice și mai ales la elementele anatomice ale sistemului nervos, sub a căror dependință stă centrul respirator. Face o soluție de cloroform din 5 cmtc. într'un litru de alcool $10^0/_0$. Se injectează unui câne subcutanat 1 ctgr. de clorhidrat de cocaină de chilogram de animal și după $^1/_2$ oră cu ajutorul unei sonde esofagiene i se introduce în stomac 50 cmtc. de kilogram de animal din alcoolul preparat. In total cu 1 gr. 75 cloroform și 5 cmtc. alcool absolut, în 15 minute se obține o anestezie complectă. In experiențele făcute a observat scăderea temperaturii rectale dela 38^5 la 34^0 și diminuarea CO^2 expirat. Concluzia practică: în accidentele grave, arsuri întinse, leziuni ades mortale, urmând această metodă s'ar obține o anestezie complectă și scoborîrea temperaturii centrale.

ȘEDINȚA DIN 18 IULIE 1905.

Albert Robin et **Binet.** **De l'examen clinique des échanges respiratoires. Résultats cliniques. Indications thérapeutiques.** Se numește chimism respiratoriu, totalitatea elementelor, cari permit măsurarea schimburilor gazoase ale respirației. Aparatul întrebuințat în acest scop constă în supape hidraulice, a căror rol e de a separà aerul expirat de cel inspirat și a conduce aerul expirat la un aparat înregistrator sau într'un balon, pentru a i se face analiza chimică. Respirația nazală e utilizată în evaluarea schimburilor respiratoare, erorile de calcul fiind mai mici ca în cazul utilizării respirației bucale. Pe lângă supape, un manometru cu mercur maximal măsoară presiunea în inspirația și expirația forțată; presiunea normală fiind indicată prin ridicarea apei în tuburile gradate din interiorul supapelor. Cu ajutorul acestor aparate se pot examinà separat diferitele elemente, cari constituesc sindromul clinic numit chimism respirator: numărul respirațiunilor pe minut, capacitatea vitală a lui Hutchinson, ventilația pulmonară, cantitatea de CO^2 produs și de O consumat de organism din 100 părți aer expirat, volumul total de CO^2 produs și de O absorbit de țesături pe minut, coeficientul respirator, totalitatea schimburilor obținute prin însumarea CO^2 produs și a O total consumat pe kilogram-minut, presiunile expiratoare și inspiratoare medii și maximale, rapoartele între elementele enumărate. Examenul să face totdeauna în aceleași condiții de oră, repaos, alimentație: dimineața, două ore după luarea unui ceai cu puțină pâne.

Aplicațiunile și rezultatele clinice și terapeutice. La un individ de greutate și talie mijlocie schimbul total al gazurilor în 24 ore e de 855 litri de gaz sau 1416 gr., cifră influențată de munca fizică și intelectuală, de digestiune, temperatura exterioară, altitudine, lumină, obscuritate și toate stările morbide. Din mărirea ori micșorarea acestor cifre mijlocii, rezultă tipurile de chimism respirator care pentru cele mai multe din cazurile patologice sunt următoarele:

In febra tifoidă activitatea schimburilor respiratorii este în raport invers cu gravitatea boalei. In cazurile cu terminaţie favorabilă, schimburile trec chiar de normală, organismul punând toată puterea oxidantă în distrugerea rămăşiţelor morbide din ţesături.

De aci, justificarea medicamentelor şi medicaţiunilor, cari măresc consumarea O şi oxidaţiunile.

In pleurezie, capacitatea respiratorie foarte mică, ventilaţia pulmonară uşor mărită, o uşoară augmentare a schimburilor gazoase de la 9 cm.c., 30 normal la 10 cm.c. 28. In pleureziile tuberculoase totalitatea schimburilor respiratorii se ridică la 12 cm.c. 80, deci o exagerare a schimburilor. După toracenteza sa o uşoară ameliorare se observă, apoi iarăşi o urcare a schimburilor respiratorii.

Toracenteza e indicată ori de câte ori schimburile cad sub normală.

In ascitele, în cari caşecsia nu e prea pronunţată, schimburile respiratorii sunt crescute şi ating maximum odată cu distinderea complectă a abdomenului. După paracenteză schimburile respiratorii scad, pentru a creşte din nou cu reapariţia ascitei. Creşterea şi descreşterea schimburilor respiratorii în ascită se explică prin suplearea funcţiunii ficatului de către pulmoni în eliminarea carbonului.

Indicaţie terapeutică: a provocà prin mijloace potrivite suplearea reciprocă a acestor 2 organe, când unul din ele e împiedicat în funcţiunea lui.

La diabetici schimburile respiratorii ca şi schimburile generale sunt mai ridicate ca în stare normală. Diabetul nefiind o boală prin încetinirea nutriţiei, reclamă o medicaţie sedativă, o accelerare a nutriţiei şi nu o medicaţie stimulentă a diferitelor activităţi chimice a organismului. Tratamentul sedativ micşorează schimburile respiratorii odată cu glicozuria; ridicarea schimburilor respiratorii explică predispoziţia la tuberculoză.

Un diabetic, la care schimburile respiratorii rămân ridicate, glicozuria dispărând, nu e vindecat. Dacă schimburile respiratorii diminuă mult, fără ca să se poată invocà influenţa tratamentului, bolnavul e ameninţat de coma diabetică; se va căutà deci, prin mijloace apropiate, a se ridicà aste schimburi respiratorii.

In osteomalacie este o accelerare a schimburilor respiratorii privind anume CO^2 a cărui formaţiune e exagerată, absorbţiunea O de ţesuturi fiind insuficientă. Alimentaţia ternară are rolul foarte important a asimilării şi fixării de către ţesuturi a principiilor anorganici, odată cu cari turburările chimice a schimburilor respiratorii dispar.

In dispepsia iperstenică permanentă schimburile respiratorii sunt micşorate în toate elementele lor, din cauză că digestia abnormă, procură organismului sau prea puţine elemente ternare sau insuficient preparate şi ca urmare o combustiune incomplectă. Regimul instituit bolnavului se va regulà după examenul acestor schimburi. Creşterea schimburilor respiratori la un dispeptic iperstenic indică o tuberculoză pulmonară la început sau latentă încă.

Hemoragiile fiziologice, cele provocate în scop terapeutic ca şi cele patologice măresc schimburile respiratoriii, puterea oxidantă e mărită; ceea ce explică indicaţia terapeutică a emisiunilor sanguine în boalele infecţioase şi autointoxicaţii.

In tuberculoză schimburile respiratorii sunt mărite în $92^0/_0$ din cazuri. Producţiunea de CO^2 creşte cu $86^0/_0$ la femee şi cu $64^0/_0$ la bărbat; iar consumarea totală de O e dublul stării normale la femee şi crescută cu $70^0/_0$ la bărbat. Cantitatea de O absorbită de ţesuturi creşte cu $163^0/_0$ la femee şi cu $95^0/_0$ la bărbat. Această mărire a schimburilor respiratorii, care se observă în toate perioadele ftiziei, variază urmând cursul boalei şi serveşte în multe cazuri ca mijloc precoce de diagnostic al tuberculozei. Examenul schimburilor respiratorii în cazurile de tuberculoză incipientă, schimbă cu totul profilaxia şi tratamentul de până acum care tonifica un organism dejà în supraactivitate. Se vor dà deci alimente şi medicamente apte de a luà asupra lor o parte din comburantul, care arde organismul.

Antagonismul clinic între ftizie şi artritism, (care explică şi imunitatea până la un oare care punct, a artriticilor la tuberculoză), se găseşte în schimburile respiratorii, cari sunt cu totul opuse celor ale tuberculozei. In artritism e o diminuare a schimburilor totale respiratorii, mai mult a CO^2 produs decât a O total consumat, de unde mărirea cantităţii de O absorbit de ţesuturi şi diminuarea cœficientului respirator. Descendenţii dintr'un părinte artritic şi unul tuberculos au schimburile respiratorii exagerate în proporţie de $36^0/_0$. Artriticii deveniţi tuberculoşi au schimburile respiratorii mai puţin ridicate în general decât ceilalţi ftizici. Indicaţie terapeutică: a sustrage pe cât posibil combustiunile la predispuşii ca şi la tuberculoşii confirmaţi.

Aplicaţiile şi rezultatele terapeutice. — Examenul schimburilor respiratorii îşi are aplicaţiunea în studiul acţiunilor medicamentelor ca şi în acel al efectelor unor agenţi fizici. Ca climoterapie: altitudinea convine bolnavilor cu schimburile respiratorii diminuate: artritici, dispeptici, convalescenţi, anemici, etc. Acţiunea ei variază cu indivizii, de aceea după un timp oare care se vor examinà schimburile respiratorii a fiecărui bolnav. Climele reci sunt tolerate de tuberculoşi, suprafaţa cutanată însă se va ferì de răceală. Climele calde şi umede ridică schimburile respiratorii; vor fi deci dăunătoare tuberculoşilor ca şi climele cu temperatura prea variabilă. Clima maritimă e potrivită pentru acei cu schimburile respiratorii diminuate, totuşi sunt staţiuni maritime sedative prin topografia lor, cari convin chiar celor cu schimburile respiratorii mărite.

Duşul rece de 14—18°, de un minut durată, activează ventilaţia pulmonară cu $13.7^0/_0$; duşul cald diminuă cu $9^0/_0$ totalitatea schimburilor respiratorii. O şedere de 40 minute la etuva uscată la 40° scoboară totalitatea schimburilor cu $7-16^0/_0$. O şedere de 15 minute la 78°, le măreşte cu $12-19^0/_0$. Baia turcească e un stimulent puternic a acestor schimburi, convine artriticilor.

Băile reci activează schimburile respiratorii şi mai ales O absorbit de ţesuturi e mult crescut în cantitate. Diminuarea temperaturii în maladiile febrile prin metoda balneaţiunii, se explică prin diminuarea actului de hidratare şi dedublare, prima etapă a dezorganizării şi a producerii de toxine, exagerându-se totdeodată şi oxidaţiunea, care transformă toxinele bacteriene în produse uşor eliminabile şi puţin nocive organismului.

Vomitivele măresc ventilaţia pulmonară. Untura de peşte diminuă cu $11^0/_0$ schimburile respiratorii, arsenicalele le diminuă cu $26.5^0/_0$ în doză de 5 miligrame pe zi. Dublând doza, efectul e absolut contrariu. Cacodilatul și arrhenalul lucrează în acelaș fel. Tartrul stibiat diminuă schimburile cu 21.2%. CO^2 ca și Az amestecați în oare care proporție cu aer, diminuă schimburile respiratorii.

M. P. CIUCĂ.

ACADEMIA DE ȘTIINȚE DIN PARIS

ȘEDINȚA DELA 29 MAI 1905.

Mayet. Réproduction expérimentale du cancer de l'homme. După multe încercări infructuoase la câine, autorul a reușit o inoculație la acest animal.

In două rânduri a injectat la un câine mare și sănătos 20 cm.^{3} și 40 cm.^{3} de macerație de myom uterin (diagnostic microscopic). Lichidul filtrat prin porțelană nu conțineà nici un element anatomic. Patrusprezece zile dela prima injecție, animalul moare cachectic și în splină se găsește o tumoare cât o nucă de țesut cu aparență encefaloidă, compusă dintr'o grămadă de celule fuziforme cu unul sau doui nuclei și protoplasma relativ voluminos; înconjurat de o zonă de celule embrionare (sarcom). După autor, aceasta confirmă părerea sa anterioară că productele lichide din tumori pot da naștere, departe de locul de introducere, la neoplasme cu structură de cancer, dar variată și deosebită de acea a tumorei inițiale.

ȘEDINȚA DELA 5 IUNIE 1905.

Laveran et **Vallée.** Sur un cas de transmission par les ixodes de la spirillose et de la piroplasmose bovines. Autorii, primind din Transvaal mai multe larve de tica (*Rhipicephalus decoloratus*) care, după cum observase Theiler, veterinar la Pretoria, transmite spiriloza bovideelor, le-au așezat pe o vacă, astfel încât s'au fixat și n'au întârziat de a crește. După cincisprezece zile examenul sângelui proaspăt a probat existența spirililor (5—10 într'o preparație ordinară). După alte opt zile, atunci când nu se mai găsiau spirili s'a constatat în sânge numeroase *Piroplasma bigeminum* tipice. Piroplazmoza acută a evoluat de altfel cu toate simptomele ei caracteristice afară de emoglobinurie și autopsia a dezvelit leziunile obișnuite.

De regulă bovideele din Transvaal sunt infectate atât cu spirili cât și cu piroplazme, astfel că se explică infecția mixtă din cazul autorilor. Rolul ticei în transmisiunea piroplasmozei, demonstrat de frumoasele lucrări ale lui Smith și Hilborne, și adesea verificat, este astăzi bine cunoscut. Prin experiența de față se dovedește că, după cum probase dejà cercetările făcute în Transvaal de către Theiler, larvele de *Rhipicephalus decoloratus* provenind de la o tică hrănită pe un bovideu infectat cu spiriloză, pot transmite această boală la bovidee sănătoase.

Paul Vuillemin. Sur la dénomination de l'agent présumé de la syphilis. *Spirochaete pallida* este un nume care nu poate fi păstrat. Genul spirochaete creat de Ehrenberg în 1833, este un tip de bacterie înrudită cu algele, ceea ce autorul numește o *Leucoficeă*. Afinitățile spirochetei palide se prezintă, din contră, mai mult în spre protozoare, chiar după părerea lui Schaudinn. După modul său de propagare și evoluția sa, foarte probabil complexă, eteromorfă, agentul sifilisului uman pare a aveà strânse legături cu *Trypanosoma equiperdum*, agentul durinei sau sifilisul calului, ceea ce l-ar apropia de flagelate sau mai bine de sporozoare şi l-ar depărtà de spirili, de bacterii în general şi mai cu seamă de alge.

Fiind necesar un nume generic nou pentru această formă animală, care aduce cu spirocheta, ar fi bine să se păstreze radicalul, pentru a amintì similitudinea care a isbit pe Schaudinn. Autorul propune numele *Spironema* pentru asemenea protozoare în spirală cu vârfuri ascuţite, cari diferă de tripanosome prin reducerea aparatului nuclear, a membranei ondulante şi a prelungirei sale flageliforme.

Spirochaete pallida ar devenì, în acest caz, *Spironema pallidum*.

ŞEDINŢA DELA 13 IUNIE 1905.

Curtis et **P. Lemoult.** Sur l'affinité des matières colorantes artificielles pour le tissu conjonctif. — Metodele obişnuite, van Gieson, Hansen, dau nuanţe frumoase dar trecătoare. De aceea autorii au înlocuit în amestecurile colorante, una sau cealaltă substanţă compozantă prin altele de aceiaşi natură şi fiindcă unii compuşi metalici (chromaţii, clorura mercurică, acidul osmic, etc.), dau ţesuturilor afinităţi noui, au fixat numai în alcool.

Coloranţii trifenilmetanului puşi la încercare pot fi clasaţi în trei grupuri: 1^{0} Fucsina acidă, parafucsina acidă, violet-roşu 4RS şi 5RS; 2^{0} Albastru trisulfonat, Albastru de Bavaria DBF, albastru de anilină apos; 3^{0} Albastru carmin suprafin, albastru cyanol, verde solid extra-albăstrui, verde acid J şi B, violet formyl S4B, violet acid 10B şi 6B. Toate au fost dizolvate în apă saturată, fără încălzire, cu acid picric.

Cu coloranţii grupului 1, ţesutul conjunctiv exclusiv se colorează roşu sau roşu-vânăt; coloraţia perzistă chiar după 24 ore de contact; electivitatea între ţesut şi colorant este absolută. Cu coloranţii grupului 2, rezultatul nu este aşa bun. Prin concentrarea băii şi prelungirea contractului se obţine, nu o adevărată electivitate, dar o afinitate mai accentuată.

In fine, coloranţii grupului 3 colorează în massă atât ţesutul conjunctiv cât şi protoplasma celulară.

Cu azoice s'au obţinut rezultate diferite după grupurile *sulfo*. Cu cât acestea sunt mai numeroase, cu atât rezultatele sunt mai bune. Iată, în ordine de afinitate crescândă, materiile din această categorie: ponceau Hoechst, bordeaux R, azofucsina G, ponceau 4 R, azorubina S, écarlate Biebrich, roşu solid D, ponceau special (St. Denis), ponceau 5 R, ponceau S extra, albastru diamină BX, negru diamină BH, albastru diamină 2 B şi 3 B, albastru diamină pur A, negru naftol B.

G. Z. P.

SOCIETATEA DE BIOLOGIE.

NO. 17—18.

Remlinger. A quel moment le bulbe des lapins rabiques de passage devient-il virulent. Prin inoculări sub-durmeriane, autorul constată că bulbul animalelor inoculate devine virulent a 3 zi după inoculare ceeace pledează puţin în favoarea teoriei că parazitul turbării ar fi un protozoar.

Roger şi Greffulhe. Sur une Trypanosomiase observée en Algérie. Autorii semnalează prezenţa T. la caii unui regiment. T. pare a fi T, provocator al boalei Surra.

Lenoble. Valeur séméiologique et pronostique de la réaction myéloïde chez les enfants hérédo-syphilitiques à gros foie et à grosse rate. Autorul studiază sub numele de syndrom sifilitic pseudo-leucemic reacţia myeloidă complectă le heredo-sifilitici consistând într'o reacţie eritroblastică putând atinge 3138 pe m.m. c. Unii din aceşti eritroblaşti sunt în kariokinesă (?) cea mai mare parte însă în diviziuni directe. Din partea serii albe: limfocitoză, myelocite neutrofile $7^0/_0$, myelocite eozinofile, mastzellen mononucleate şi celule de ale lui Türck. Autorul spune că la un copil cu ficat şi splină mare dacă găsim şi o reacţie myeloidă intensă, atunci putem pune diagnosticul de sifilis hereditar.

Legendre. Sur la nature du Trophospongium des cellules nerveuses d'Helix. Autorul reià studiile lui Holmgren. Intrebuinţând fixatori mai buni, constată că celula nervoasă fără perete propriu este înconjurată de filamente de nevroglie care o strâng de toate părţile. Uneori se vede chiar nucleul celulei intertiţiale în protoplasma celulei nervoase în regiunea originei cilindraxului. Alteori se văd, filamente de nevroglie cari pătrund în protoplasmă şi se ramifică. In aceeaşi regiune protoplasmică autorul semnalează nişte lacune de dimensiuni variabile, cele mai externe deschizându-se la suprafaţa celulei. Aceste lacune nu au perete propriu, nu conţin nici o granulaţie şi grăunţii cromofili ca şi grăunţii descrişi de Legendre se află în protoplasmă în afară de lacune. Structura celulei e următoarea: la periferie lacune, ramificaţiuni nevroglice şi uneori nuclei nevroglici, la centru nucleul, subst. cromofilă şi neurofibrile, între ele grăunţii lui Legendre.

Levaditi & Lange. La Spirillose du Lapin. Mécanisme de la crise. Autorii au putut da spiriloza lui Marchaux şi Salimbeni la iepuri. Criza nu este datorită anticorpilor; spirili dispărând din circulaţie şi refugiându-se în organele hematopoietice înaintea apariţiunii *imobilisinei* în sânge. (Imobilisinele fiind o secreţiune phagocitară).

Levaditi. Syphilis congénitale et Spirochaete pallida Schaudinn. Autorul în acelaş timp ca Buschke şi Fischer semnalează Spirochetul lui Schaudinn în bulele de pemfigus (raclaj) sifilitic, precum şi în ficatul şi splina unui copil mort de sifilis hereditar. Din celelalte organe numai plămânul conţinea câţivà spirili. Faptul că ficatul conţine spirili în cantitate probează că avem a face cu o infecţie placentară.

Doyon & Billet. Action élective du chloroforme sur le foie. Cloroformul determină: incoagulabilitatea sângelui, dispariţia fibrinogenului, leziuni hepatice şi renale. Leziunile ficatului consistă în hemoragii, polinucleari între celule şi degenerescenţă granuloasă şi necroza celulelor hepatice. Rinichiul prezintă leziuni de nefrită epitelială acută. Fapt curios există o iperleucocitoză şi şi sângele rămâne însă incoagulabil.

Billet. Eosinophilie dans la dysenterie amibienne. Autorul constată o adevărată eosinofilie mergând până la 25% în cazurile de D. Amibiană. Eosinofilie care lipseşte în cazurile de dysenterie bacilară.

No. 19.

Salmon. **Présence de S. Pallida chez un enfant syphilitique héréditaire.** Autorul semnalează prezenţa spirochetului specific în papulele unui copil, prezentând după naştere o erupţiune papuloasă pe membre.

Thiroux. **Sur un nouveau trypanosome de la souris domestique.** *(Mus-musculus).* Autorul a descoperit în sângele şoarecilor dela St.-Luis (Senegal), un trypanosom pe care-l studiază complect şi pe care-l identifică cu flagelatul descris incomplect de Dutton şi Todd. E primul trypanosom descris la şoareci şi-l numeşte T. Duttoni.

Remlinger et **Osman Nouri.** **Le virus vaccinal traverse la bougie Berkefeld V.** Filtrând virusul vaccinal (2 gr.) prin Berkefeld V după ce a fost diluat cu 50 gr. apă sterilă şi filtratul inoculat pe pielea rasă a iepurelui, dă pustule de vaccină după o perioadă de circulaţie de 4—5 zile. (2 zile perioada de incubaţie obişnuită). Iepurile astfel tratat devine refractar inoculaţiunii de vaccin obişnuit.

Bierry et **M-me Gatin-Gruzewska.** **Action physiologique de l'Adrénaline pure.** Autorii au cătat să verifice aserţiunea lui Blum că adrenalina sau capsule suprarenale injectate, produc glycosurie. Ei au constatat că un miligram de adrenalină (pe kilogr.), injectat sub piele la câine, produce după un ceas şi jumătate o glycosurie intensă. Loeper şi Crouzon cred că adrenalina provoacă o exageraţie a funcţiunii glycogenice a ficatului. Dar după experienţele autorilor pancreasul pare a fi cauza glycosuriei.

René Dupond. **Le bacille du charbon est mobile et Peritriché.** Însămânţând vaccinul cărbunos pe un mediu special, autorul a putut pune în evidenţă că bac. cărbunelui are cili dispuşi regulat împrejurul lui şi că se mişcă încet, mişcările fiind mai acuzate la una din extremităţi, pe când mijlocul corpului rămâne imobil.

No. 20—21.

Vincent. **Expériences sur le passage du virus vaccinal à travers les filtres.** Autorul a filtrat virusul vaccinal, şi filtratul inoculat nu i-a dat nimic. A procedat atunci într'alt mod: Filtratul l-a lăsat la etuvă 10 zile şi apoi l-a inoculat la urechia unui iepure unde s'a ivit o pustulă. Inocularea ulterioară a aceluiaş iepure pe torace cu virus vaccinal normal a fost negativă. Iepurele fusese imunizat. Autorul relată numai o singură experienţă.

Rouget. **Contribution à l'étude du virus vaccinal.** Autorul, după ce rezumă cele două opiniuni : că virusul vaccinal trece prin Berkefeld: (Negri, Remlinger şi Osman Nuri), şi al II-lea că virusul vaccinal *nu* trece (Santori, Vincent), expune experienţele sale: Din 10 filtraţiuni, 4 filtrate inoculate la viţel au dat rezultate pozitive (controlate prin faptul că în urmă viţelul era refractar unei noui inoculări de vaccin obişnuit).

Aşa în cât, din experienţele făcute se poate afirmà că *uneori* virusul vaccinal poate trece prin Berkefeld V şi W, dar nu în mod constant şi ceea ce trece e în cantitate minimă.

Ch. Richet. **De l'alimentation par la viande cuite dans la tuberculose expérimentale.** Autorul arată prin experienţe convingătoare că alimentând numai cu carne fiartă câini în experienţă, rezultatul e dezastros, pe când alimentarea cu carne crudă dă rezultate îmbucurătoare.

Remlinger. **A quel moment le cerveau des hommes et des animaux mordus par un chien enragé devient-il virulent.** Din experienţe făcute pe iepure şi pe cobai inoculaţi sub-cutane, autorul constată că atunci când animalele muriau a 18—20-a zi după inoculare, bulbul animalelor inoculate în acelaş timp şi în acelaş mod, era virulent între a 9—10-a zi. Autorul conchide că probabil şi la om centrii nervoşi să fie virulenţi înainte de apariţia simptomelor şi în unele cazuri centralizarea virusului să se facă în însăşi centrii nervoşi.

A. S.

SOCIETATEA FRANCEZĂ DE DERMATOLOGIE ŞI SIFILIGRAFIE

ŞEDINŢA DELA 4 MAI 1905.

Jacquet. **De l'importance des soins accessoires dans la cure lupique.** Autorul atrage atenţiunea asupra unei serii de mijloace accesorii, indirecte dar importante, cari pot ajutà şi activà vindecarea boalei. Astfel, într'un caz de lupus al nasului, datând de şease ani şi căutat în zadar cu mijloacele obişnuite de către diferiţi medici, J. crede că tratamentul *specific* foarte simplu, pe care l-a aplicat el, a reuşit fiind ajutat de următoarele îngrijiri :

1) Protecţia nasului în contra frigului. — Bolnava nu eşià la frig sau la vânt decât cu nasul acoperit de o pastă simplă (glycerină, oxid de zinc), sau chiar învelit cu lână sau vată.

2) Inlăturarea cauzelor de iritaţie reflexă.—S'au scos bolnavei dinţii prea stricaţi şi s'a reparat restul dentiţiei, care se aflà în stare foarte rea.

Turburările dispeptice, destul de accentuate, au fost combătute prin recomandaţia făcută bolnavei de a mâncà foarte încet, de unde dublu beneficiu, atât local cât şi general.

Intr'un al doilea caz, în care un lupus vulgar a apărut peste o adenopatie retromaxilară, secundară unei leziuni dentare, autorul, înainte de a începe tratamentul a supus bolnava la îngrijirea dentiţiei şi de oare-ce prin aceasta a suprimat adenopatia, crede că tratamentul specific va fi înlesnit cu mult.

Hallopeau et **Deroye.** **Sur un cas de syphilide à développement anormal au voisinage de l'accident primitif.** Autorii prezintă pe un om atins de o sifilidă papuloasă generalizată, datând de trei săptămâni. Şancărul ocupă glandul şi preputul. Pe pubis, printre peri, se vede o placă roşie vânătă, de 10 cm. pe 4 cm., neregulat ovală şi uşor înălţată. Periferia ei este formată din linii curbe, indice ale unei aglomerări de papule. Nu se vede altă asemenea leziune pe toată întinderea pielei.

Aci nu poate fi vorba de o întâmplare. Dimensiunile considerabile ale acestei plăci sunt datorite, evident, vecinătăţii şancărului. Contagiul elaborat de acesta are o activitate mai considerabilă decât cel ce a fost dus în depărtare, pe calea circulaţiei. Este cazul unei proliferaţii locale, comparabilă cu acelea ce se manifestă împrejurul tuberculelor şi gomelor terţiare. Observaţia de faţă stabileşte importanţa acestor proliferaţiuni în patogenia sifilidelor secundare.

G. Z. P.

SOCIETATEA DE OBSTETRICĂ, GYNECOLOGIE ŞI DE PEDIATRIE DIN PARIS

ŞEDINŢA DELA 7 IUNIE 1905.

Siredey şi **Lemaire**. Cercetări asupra leucoreei din punct de vedere bacteriologic. Nici o contribuţie însemnată din punct de vedere al etiologiei.

In privinţa tratamentului preconizează injecţiunile alcaline (borat de sodiu) sau emoliente (nalbă, mac) evitându-se injecţiunele acide şi acele cu sublimat.

La discuţiunea care urmează iau parte Doléris, Pinard, Delbet şi toţi recomandă injecţiunile alcaline, evitându-se sublimatul.

Championnière crede că dacă antisepticele dau rezultate rele, vina stă într'o maniare greşită.

Le Loirier. Un caz de ruptură spontanee a splinei. E vorba de o femee ce prezintă semnele unei emoragii interne şi la care intervenindu-se (Bazy) s'a găsit o revărsare de sânge în micul basin, fără a se bănuì cauza acestei revărsări. Necropsia deabià, a desluşit-o,

Rudaux. Două cazuri de moarte subită la femei însărcinate la termen. Cezariană cu copil viu.

Gross. Două cazuri de perforaţiuni ale uterului în urma embryotomiei. Expectaţiune (impusă de împrejurări) vindecare.

TRANCU-RAINER.

SOCIETATEA MEDICALĂ A SPITALELOR DIN PARIS

ŞEDINŢA DELA 26 MAI 1905.

Widal. Pathogénie des accidents sériques. — Marfan şi Le Play au atras atenţiunea asupra coincidenţii accidentelor serice cu apariţiunea, în serul bolnavilor, a proprietăţii de a produce *in vitro* precipitine în contact cu un serum injectat.

Pentru a explicà acest fenomen Hamburger şi Moro au pretins, că în vasele capilare s'ar petrece acelaş fenomen, pe care l'au constatat *in vitro*; serul eterogen în circulaţiune ar fi precipitat în contact cu anticorpi. In vasele cutanate s'ar formà mici tromboze, cari ar turburà circulaţia şi ar determinà erupţia.

Cercetările pe cari le urmăresc Widal cu Rostaine asupra seroterapiei afecţiunilor putând să se complice de emoglobinurie, i'au condus să constate fapte cari sunt în contradicţiune cu această teorie: 7 bolnavi din 9 nu prezentau urmă de erupție, după inoculația intra-venoasă a unui serum de cal preparat, care *in vitro* determină imediat formațiune masivă de precipitine prin amestec cu serul lor propriu.

Formațiunea precipitinei care se produce *in vitro* prin conflictul acestor două seruri, este martorul turburării humorale, care prezidă în organism la isbucnirea accidentelor seroterapeutice, dar nimic nu probează că eritemul seric este rezultatul opriri precipitinii în capilarele sanguine. Un serum de cal preparat, capabil de a produce precipitine *in vitro* prin amestecul cu un serum uman, poate fi injectat in venele omului, în doze terapeutice, fără a determinà accidente serice.

Ménétrier. Maladie de Paget d'origine syphilitique.— A., prezintă în numele lui și al lui Duval un bărbat de 70 ani, care a contractat sifilisul la etatea de 32 ani și care actualmente este atins de maladia lui Paget.

Această afecțiune a început acum un an și ceva, prin dureri la nivelul membrului inferior stâng, urmate îndată de o deformație a tibiei și a femurului. Câtvà timp după aceea, aceleași accidente s'au ivit și la membru inferior drept și aproape în acelaș timp au apărut dureri de cap, vâjiituri de urechi și o mărire a craniului, destul de apreciată, de oarece bolnavul a fost nevoit să-și schimbe pălăriile.

Din luna Aprilie 1904, acest bolnav a fost supus tratamentului specific (fricțiuni de mercur și iodur potasiu la interior) și măsurările comparative a deformațiilor sale osoase, făcute la începutul acestui tratament și acum, au arătat că deformațiile osoase nu au progresat, de unde putem deduce că boala a suferit o oprire în evoluția sa. Cât despre durerile pe cari pacientul le aveà la nivelul craniului și membrelor, ele au dispărut complect și definitiv la foarte puțin timp după începerea tratamentului,

Hayem. Transformation muqueuse des glandes de l'estomac. — A., comunică rezultatele cercetărilor făcute de vre-o 10 ani asupra unei forme de gastrită. caracterizată prin substituția aparatului specific glandular, aparat nou constituit în dauna mucoasei stomacale.

Acest procesus începe printr'un fel de decapitare a tubilor glandulari, cari sunt complect izolați de mucoasă la nivelul gâtului lor. Această decapitare este datorită proliferației elementelor epiteliale ale mucoasei, rezultând din acțiunea iritantă a produselor fermentescibile, cari iau naștere în stomacul bolnavilor afectați: de dilatația stomacului, de gastrită cronică, de cancer gastric, etc.

Oratorul adaogă, că la bolnavii considerați ca atinși de catar cronic al stomacului, pentru că ei varsă adese ori materii gleroase, a constatat leziuni de gastrită cronică, în special o stare mamelonată a mucoasei, datorită ipertrofiei pâlniilor glandulare.

Boidin. Abcès costal à pneumocoques guéri par vomique. — A., prezintă în numele lui Widal și al său, un bolnav care fù apucat brusc, în plină sănătate, fără traumatisme anterioare, de o violentă durere la nivelul extremității anterioare a celei de a doua coaste stângi. Douăsprezece ceasuri după aceea, se constată o tumefacție profundă a regiunilor sub și supra claviculare de aceeași parte. In zece zile tumefacția se mări, așà încât formă o işitură sub axilă; în urmă bolnavul printr'o vomică vărsă o mare cantitate de puroi conţinând pneumococi virulenţi în stare de puritate. Tumefacţia, ca şi accidentele febrìle, se micşoră foarte repede şi bolnavul se restabilì complect; acum nu prezintă nici un semn de vre-o afecţiune pleuro-pulmonară.

Acì nu e vorba de un abces costal primitiv urmând unei pleurezii purulente închistate a vârfului, cum se întâmplă de obicei şi care s'a evacuat spontaneu prin bronşii fără a lăsa urme.

Comby. Appendicite chronique longtemps méconnue.—A. relatează observaţiunea unui tânăr bărbat de 25 ani, care a fost succesiv considerat de numeroşi medici cari l'au examinat, de un dispeptic, un neurastenic, un tuberculos, etc., şi care în realitate era atins, după cum a demonstrat operaţia, de o apendicită cronică obliterantă. De când această operaţie a fost practicată, bolnavul, care prezintà fenomene generale grave şi era într'o stare aproape cachectică, se bucură acum de o sănătate perfectă.

ŞEDINŢA DELA 2 IUNIE 1905

C. Thibierge şi **P. Ravaut.** La réaction palpébrale des singes macaques à la siphilis. Metchnikoff şi Roux au stabilit că maimuţele macac, reacţionează la inoculaţia produselor sifilitice virulente cu mai puţină intensitate decât cimpanzeul; în experienţele lor ca şi în acelea ale lui Neisser rezultatele nu sunt pozitive aproape decât în 60 din 100 de cazuri.

Autorii au constatat că marginea liberă a ploapei reacţionează constant, atunci când inoculaţia simultană a altor regiuni poate să rămână negativă.

Opt macaci din china sau japonia inoculaţi la marginea liberă a ploapei (de 5 ori cu şancar sifilitic, 2 ori cu plăci mucoase ale vulvei, odată cu conţinutul veziculelor vacciniforme a unui copil eredo-sifilitic) au prezentat o reacţiune manifestă, începând, după 20—35 zile dela inoculaţie, sub forma unei infecţiuni edematoase cu paliditatea feţei cutanate şi cu congestia feţei mucoase; la câtevà animale tumefacţia mai limitată ia aspectul unei nodozităţi de coloraţie roză uşor arămie cu congestiunea mai pronunţată a mucoasei. Leziunile se măresc timp de 5—10 zile; ele pot persistà peste 50 zile, nici odată nu s'au ulcerat.

Alteraţiunile istologice, foarte comparabile cu acelea ale şancărului infectant al omului, consistă dintr'o infiltraţiune perivasculară foarte intensă a celulelor mononucleare cu leziuni evidente de endarterită.

Thibierge şi Ravaut au inoculat fără succes produsul raclajului unei sifilide papuloase a braţului şi centrifigărei lichidului cefalo-rachidian dela sifilitici secondari şi eredo sifilitici, bogat în limfocite.

Aceste leziuni palpebrale sunt caracterizate prin incubaţiunea lor lungă prin durata aproape constantă, prin caracterele lor morfologice, în fine prin imunitatea pe care o oferă animalelor în contra inoculaţiunei ulterioare cu produse sifilitice virulente.

Şancru simplu determinà pe pleoapa macacilor o reacţie pe care autorii au studiat-o cu L. Lesourd; ea se distinge de leziunile precedente prin desvoltarea sa încă de a doua zi şi prin existenţa unei ulceraţii ce se repară repede. La două maimuţe inoculate cu produsul raclajului unui aceluiaşi şancru, au văzut producându-se succesiv dela a doua zi un șancru simplu și dela a 3-a zi reacțiunea propriu produselor sifilitice, dând astfel demonstrațiunea experimentală a existenței *șancărului mixt* a lui Rollet.

Reacțiunea palpebrală a macacului la sifilis este bine diferențiată (incubație lungă, caractere morfologice și istologice) pentru a puteà fi aplicată la diagnosticul leziunilor a căror natură, clinica nu o poate determinà, așteptând ca rolul și valoarea diagnostică a spirochetului palid a lui Schaudinu să fie confirmat, macacul poate devenì, în studiul sifilisului un animal de laborator tot așà de folositor de ex., ca și cobaiul sau iepurile la studiul tuberculozei.

Widal atrage atenția asupra unui punct interesant din această comunicație, anume asupra rezultatelor negative obținute de Thibierge și Ravaut în urma inoculațiunilor lichidelor cefalo-rachidian dela sifilitici în perioada secundară și eredo-sifilitici, lichid ce erà bogat în limfocite. Este curios, în adevăr, de a vedeà cum în timpul ibucnirei fenomenelor secundare ale sifilisului, se arată această reacție meningee intensă; trebue să credem că microbul există aci pentru a determinà această reacție meningee, decât să admitem că ea este cauza influenței toxice la distanță asupra acestor meninge. De almintrelea, nu există comunitate de origină embriologică între acestea din urmă și tegumentul cutanat la nivelul căruia se arătà localizațiunile multiple ale sifilisului? De altfel este curios de a constatà absența virulenței acestui lichid cefalo-rachidian plin de limfocite. Acest fapt de experimentație concordă cu cercetările până acum negative ale spirochetului palid făcute de Widal și Ravaut în lichidul cefalo-rachidian prezentând o reacțiune meningee intensă la 15 bolnavi, unii având erupțiuni secundare, alții accidente variate de sifilis cerebral sau medular. Totuși nu trebue să tragem concluziuni din aceste cercetări negative. Poate că prezența parazitului e trecătoare, deci trebue să continuăm examenele pe un mare număr de cazuri înainte de a ajunge la o concluziune formală.

Chauffard și Rivet. Lymphocytose rachidienne secondaire et tardive avec symptôme de méningite spinale, dans un cas de zona thoraco-abdominale. Este vorba de un caz de zona tipică în cursul căreia o primă puncție lombară la a 5 zi dela apariția zonei a dat un lichid cefalo-rachidian normal. O a doua puncție făcută la a 9 zi decelă o limfocitoză intensă. In acelaș timp apărù și semnele unei meningite spinale atenuate: rachialgii, semnul lui Kernig, exagerațiunea reflexelor tendinoase a membrelor inferioare. In acest caz, procesul infecțios a evoluat deci în două etape: prima, ganglionară și radiculară, caracterizată numai prin erupție; a doua de propagare la meninge, caracterizată prin limfocitoză rachidiенă și semnele unei meningite zonatoase secundară.

Henri Dufour. Alimentation et allaitement dans la scarlatine, statistique d'une année. A. a îngrijit între anii 1904—1905, 268 de cazuri de scarlatină, din cari au sucombat numai 4, ceea ce dă o mortalitate de 1,5%, și aceste cazuri de deces nu sunt numai scarlatinoși, căci doui erau alcolici averați, al treilea saturnin, atins de nefrită și al patrulea este vorba de o femee ce născuse de curând în niște condițiuni foarte proaste. Putem să ne facem o idee de benignitatea acestei afecţiuni cu toate complicaţiunile numeroase care s'au ivit pe 29 din o sută de bolnavi.

Din punct de vedere terapeutic, autorul preconizează saigneurile în formele dispneice toxice, fără leziuni renale.

In cursul acestui an a modificat complect regimul alimentar al scarlatinoşilor lăsându-i, mai ales, cei cari nu aveau albuminurie la început să mănânce când le erà foame încă din primele zile ale boalei (dela a 3—6 zi), fără a alege mâncărurile.—Nici unul dintre bolnavii supuşi acestui regim nu a prezentat albuminurie, când o aveau dela început erau supuşi regimului lactat sau regimului declorurat, şi une ori îndată după ce dispărea albumina reluau alimentaţia fără ca albumina să reapară

Febra nu este o contra indicaţie a alimentărei.

Această dietetică este foarte utilă în practică când e vorba de o femee atinsă de scarlatină şi care îşi alăptează copilul; la care trebue, prin urmare să menţinem secreţiunea lactată la cantitatea necesară nutriţiei copilului. Sugacii par a se bucurà de o imunitate relativă faţă de scarlatină şi mai ales în clientela spitalicească unde depărtarea lor implică supresiunea laptelui matern şi consecinţele sale dăunătoare.

Concluziunile autorului sunt deci, că putem da fără pericol o alimentaţie solidă la scarlatinoşi încă dela începutul boalei lor, având grija de a supraveghià urinele.

Danlos. Des insuccès des Rayons dans le traitement des épithéliomas. A susţinut că există insuccese chiar când lucrăm în bune condiţiuni, deşi rare. Pot fi primitive şi secundare. Primitive sunt acelea în care tratamentul nu numai că nu produce o amelioraţie ci chiar o agravare dacă se prelungeşte tratamentul; secundare acelea în care după o amelioraţie trecătoare şi cu toată continuarea tratamentului se observă o reapariţie durabilă.

ŞEDINŢA DELA 9 IUNIE 1905

Comby. — A propos de l'alimentation dans la scarlatine. Comby e convins de influenţa fericită a regimului lactat în cursul scarlatinei. Cu chipul acesta se evită nefritele. Nu vede avantagiul ce am aveà dacă nutrim scarlatinoşii într'un mod precoce.

Dufour crede din contra, că o alimentaţiune substanţială poate ajutà bolnavul în casurile grave, pentru ca să poată suportà boala. A insistat în comunicaţia sa asupra alimentaţiei precoce la doicile atinse de scarlatină. Trebue să se cerceteze zilnic urinele scarlatinoşilor alimentaţi astfel.

Béclère a văzut aproape în totdeauna albuminuria dela început a scarlatinei că coincidea cu apariţiunea anginelor pseudo-membranoase. In acest caz, trebue să supraveghem de aproape alimentaţia, când, din contra, nu există albuminurie precoce, putem, supraveghind însă urinele, să hrănim de vreme bolnavii.

Siredey a văzut, cu toate astea, albuminuria survenind destul de tardiv, chiar la a 25-a zi a scarlatinei.

Béclère şi **Beaujard.** — Radiothérapie dans la leucémie. A. presintă 2 bolnavi atinşi, unul de leucemie limfogenă şi celalt de leucemie mielogenă. Acești doi bolnavi au fost foarte ameliorați prin radioteradie Cu această metodă se obține o reducere considerabilă a organelor emato-poetice ipertrofiate, o diminuare a numărului leucocitelor cu tendință la întoarcere la forma leucocitară normală, o mărire a numărului globulelor roșii în fine o ameliorație a stării generale. E mai mult o amendare a fenomenelor decât o însănătoșire, căci cu toată ameliorația, bolnavii au sucombat adesea ori.

Din punctul de vedere experimental, se observă că razele au o adevărată acțiune specifică asupra organelor emato-poetice. Această acțiune este mai ales marcată față de limfocite pe cari le reduce într'un mod foarte activ.

Vaquez crede că nu există un mijloc mai bun de a oprì leucemia în evoluția sa ca radioterapa. A arătat că ceeace e interesant în cercetările lui Aubertin și Beaujard este influența razelor asupra leucolizei.

André Jousset. — **Recherches cliniques anatomiques et expérimentales portant sur sept cas de leucémie myélogène.** A. comunică resultatele pe cari le-a obținut prin studiul a 7 bolnavi atinși de leucemie mielogenă tipică observată și urmărită timp de 3 ani consecutivi.

La acești bolnavi bărbați și femei aparținând clasei lucrătorilor boala a început insiduos și nu s'a arătat decât prin simptome locale, tumoare splenică, mai mult supărătoare decât dureroasă.

Acestei faze, cele mai adesea ori latentă, succedă în general un period de stare spleno-ematică putând să dureze 2 sau 3 ani, când anemia, de intensitate mijlocie, remarcabilă însă prin fixitate, nu se diferențiază clinicește de ce elalte anemii medii.

Vine în fine a treia fază, care se poate numi faza cașectică când bolnavu este în delir câteva săptămâni.

In acest moment formula ematologică sub influența idropiziilor și a infecțiunilor suferă cele mai mari variațiuni.

Din punctul de vedere al simptomelor autorul insistă asupra unei febre proprii leucemiei și asupra frecuenței albuminuriei pe care o atribue unei nefrite infecțioase specifice (4 din 7 casuri).

Din punctul de vedere anatomic, autorul semnalează importanța sclerozei a cărei desvoltare este poate factorul principal al spleno-megaliei.

Resultatele ematologice la perioda de stare au fost acelea observate la toate leucemiile mielogene.

Există în această privință mari analogii între toți bolnavii. Prezența mielocitelor în lichidul ascitic al ambilor bolnavi și în puroiul flegmonos dela al treilea, a atras atențiunea autorului. Aceste constatări arată poate puterea migratorie a leucocitelor medulare discutată altă dată.

A. Jousset termină printr'o repede expunere a cercetărilor intreprinse pentru a elucida patogenia afecțiunei.

La 4 bolnavi din 7 observați (câte-și 4 presentând albuminurie și puțină febră) a putut provocà, prin transfusiunea sângelui în peritoneul cobailor peritonite septice mai mult sau mai puțin acute în exsudatul cărora se găseà unul și acelaș microb pe care l'a putut cultivà, un cocobacil, prezentând cea mai mare parte din caracterele grupei pasteureloselor şi cu care a provocat la un animal o reacţie mieloidă a sângelui cu spleno-megalie enormă (splina 20 grame la un cobai).

Fără a se pronunţà asupra valorii patogenice a acestor constatări, autorul fiind dată frecuenţa şi similitudinea lor, voeşte ca aceste cercetări să fie urmărite, spre a vedeà dacă nu cum-va leucemia mielogenă este sau nu, un sindrom infecţios.

Emil Weil şi **Noiré.** Un cas de lymphadénie lynphatique aleucémique soigné par la radiothérapie. A. prezintă pe o femee limfadenică, bolnavă de 2 ani şi a cărei stare generală a fost din cele mai precare. Adenopatiile, cari au progresat neîncetat dela apariţia lor, în Octombrie 1904 au atins în vintre un enorm volum. Pântecele era distins de tumori ganglionare, dar nu s'a putut apreciă dacă splina şi ficatul erau ipertrofiate; în afară de slăbiciune şi de paliditate, bolnava se plângea de o jenă respiratorie şi de tuse quintoasă. Examenul sângelui arată o slabă mărire a numărului globulelor albe, cu o predominenţă a uninuclearelor faţă de polinucleare.

Graţie şedinţelor radioterapice, practicate la fiecare 15 zile, mai ales asupra tumorilor, au făcut ca ele să dispară aproape complect din vintre, acelea din abdomen a diminuat, sângele şi-a revenit la normală Starea generală a devenit excelentă. Autorii vor continua tratamentul radioterapic timp de luni de zile, pentru a asigurà vindecarea, dacă e posibil.

J. Courmont. Injections intraveineuses et sérums thérapeutiques. A. a întrebuinţat în injecţiuni intravenoase un mare număr de serum dela diferite animale cu scopuri terapeutice diferite: serum anti-canceroase ale lui Richet şi Héricourt, antitetanice, antivarioloase, emolitice. Nici odată nu s'a întâmplat accidente seroterapice pe când aceleaşi serumuri le determinau atunci când erau introduse pe cale subcutanată. Aceste injecţiuni intravenoase sunt uşoare şi inofensive, deci ar trebuì să fie preferate în practică.

Widal reaminteşte că faptele lui Courmont sunt cu totul în concordanţă cu acelea pe cari le-a raportat într'o şedinţă precedentă.

Arătase că de 9 ori injecţiunea intravenoasă a unui serum foarte precipitant şi foarte aglutinant pentru hematii, adică dotat de toate calităţile proprii să determine accidente serice nu le determinase sau nu a determinat decât foarte uşoare în 2 cazuri. Widal insistă asupra inocuităţii acestor injecţiuni intravenoase; cât despre valoarea lor terapeutică comparată cu aceea a injecţiunilor subcutanate, trebue să facem încă rezervele noastre.

Ménétrier şi **Bloch.** Reins polykystiques, hypertension, hypertrophie du coeur, hyperplasie des surrénales. Autorii raportează observaţiunea unui bolnav la care se găsì la autopsie rinichi polichistici. Acest bolnav fusese considerat în timpul vieţii ca fiind atins de nefrită interstiţială. Murise de uremie şi prezentase sindromul cardio-vascular, pe care-l întâlnim, de obiceiu, în cursul nefritelor scleroase: ipertrofie cardiacă, ipertensiune. La autopsie se găsì de asemenea o iperplazie suprarenală, arterită generalizată şi ipertrofie cardiacă. Sindromul cardio-vascular şi suprarenal al rinichiului polichistic este deci, din toate punctele de vedere, asemănător cu acela al nefritei interstițiale. Cum rinichiul polichistic este o afecțiune congenitală, trebue să considerăm accidentele cardio-vasculare și suprarenale ca secundare, în acest caz cel puțin.

Léon Bernard amintește o observațiune de rinichi polichistici, publicată în 1900, unde există, de asemenea, impermeabilitate renală. Autorul apropie acest caz de nefritele zise chirurgicale și amintește că sprijinit numai pe aceste fapte. a putut să găsească sindromul clinic datorit impermeabilității renale și să-l distingă de totalitatea fenomenelor zise uremice.

Observațiunea lui Ménétrier și Bloch, confirmă deci această concepțiune, bazându-se pe aceeași ordine de considerațiuni.

Alterațiunile C. suprarenale de aceeași natură cu acelea cari au fost întâlnite în nefritele instertițiale, sunt identice cu acelea pe cari experimentațiunea. în mâinile lui Léon Bernard și Bigart, a permis să le interpreteze și să le atribue ipernefritei. Semnele anatomice ale acestei stări funcționale au fost găsite la C. suprarenale ateromatoase, în urma lucrărilor lui Josué, asupra propietății adrenalinei de a provocà ateroma aortic. Teoria suprarenală a ipertensiunei susținută de Vaquez și de constatațiunile anatomice ale lui Aubertin și Ambart, derivă din aceste cercetări, dar nu se sprijină decât pe un număr foarte restrâns de fapte pentru ca să poată fi generalizată,

Vaquez constată că observațiunea lui Ménétrier este un argument foarte important în favoarea teoriei pe care a introdus-o în clinică, relativ la rolul capsulelor suprarenale în fenomenele de ipertensiune.

Autorului i se păruse, că doctrina prin care susțineà că ipertensiunea depinde de o rentențiune renală de natura determinată, erà cu totul insuficientă. Trebuià să se adreseze chiar glandelor capabile de a lucrà așà de puternic asupra tensiunii arteriale. Bernard și Bigard, arătase alterațiunile și iperfuncționarea lor în anume intoxicațiuni experimentale. Aubertin și Ambart găsise leziuni de acelaș ordin în cursul nefritelor cronice cari însoțesc ipertensiunea. Ménétrier, relatează azi un caz de rinichi polichistic cu alterațiuni ale c. suprarenale, ipertrofia ventriculului stâng și ipertensiune arterială.

Din aceste date și constatări analoage pe cari autorul le-a făcut, rezultă că astăzi suntem în stare să complectăm teoria lui Traube asupra relațiunilor, cari unesc ipertofia cardiacă cu nefrita cronică. Traube, după ce stabilise raportul anatomic al acestor două alterațiuni nu elucidase decât incomplect chestiunea înlănțuirii fenomenelor.

După ce a admis rolul patogenic al restricțiunii circulațiunii renale asupra măririi de volum al inimei se gândise el însuși că explicațiunea erà insuficientă.

Atunci el se adresă la noțiunea ipertensiunii generale împrumutate dela Sen Kouse-Kirkes, și pe care o desvoltă așà de magnific. Reeșià din lucrările sale că nu există ipertrofie cardiacă decât atunci când aveam ipertensiune, această întâlnindu-se de obiceiu, în cursul nefritelor atrofice.

Vaquez, crede că poate adăogà la această filiațiune de accidente, lanțul care îi lipsește și care scăpase lui Traube. Ipertrofia cardiacă stângă, rezultă din ridicarea succesivă și durabilă a tensiunii arteriale; ea poate să se manifeste în cursul unui mare număr de nefrite, mai ales acelea cu formă atrofică; dar pentru ca o nefrită să poată provocă ipertensiune şi mărire de volum a ventriculului stâng, trebue şi e de ajuns numai să se însoţească de iperplazie adenomatoasă a capsulelor suprarenale. Chestiunea priorităţei sau precocităţei acestei din urmă alteraţiuni fiind sigură, asupra realităţii acestui sindrom autorul insistă astăzi. Crede că suntem în drept de a afirmă că o ipertrofie cardiacă stângă nu poate să se producă în cursul unei nefrite decât când există deodată şi ipertensiune arterială şi suprarenalita cronică.

P. GAL.

GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN u. KINDERHEILKUNDE AUS WIEN.

(Secţia pediatrică)

ŞEDINŢA DIN 16 FEBRUARIE 1905

Printre numeroase comunicări, merită de a fi relevate următoarele:

Knöpfelmacher arată 2 copii, myxedematoşi congenitali, la cari fenomenele de myxedem, dispărute în urma unui tratament tiroidian, s'au reprodus după întreruperea tratamentului. Conchide că astfel de bolnavi trebuesc trataţi toată viaţa

Moser arată preparaţiuni provenite dintr'un caz de meningită cerebrospinală, datorită unei bacterii anaerobe. Punctul de plecare era într'o otită medie, care pe lângă coci conţineà şi aceiaşi specie anaerobă.

Popper face o foarte interesantă comunicare asupra colostrului. In urma unor numeroase cercetări istologice şi experimentale, a reuşit a demonstrà că corpusculele colostrului nu sunt, după cum pretinde Czerny, leucocite, ci celule epiteliale ale mamelei, deslipite dela membrana bazală şi căzute în lumina alveolară, unde suferă degenerescenţa grasă, sub care formă iau aspectul caracteristic al corpusculelor colostrului.

Staza de lapte nu este singura cauză a formaţiunii colostrului, care poate să se producă în multe alte condiţiuni (alimentare insuficientă, boale, turburări circulatorii, menstruaţia, etc.).

Secreţiunea colostrală este esenţialmente diferită de aceea a laptelui: în secreţia laptelui, celulele nu se descuamează; în formaţia de colostru, descuamaţia epiteliului este caracteristică. Poate fi vorba acì de o secreţiune *rudimentară*, care se produce în elemente glandulare, încă nu ajunse la desvoltare complectă, secreţiunea antrenând şi corpusculele colostrului. Despre grăsime nu se poate zice încă cu siguranţă dacă e vorba de o grăsime secretată, fagocitată sau de degenerare. Ceeace se poate însă afirmà, este că corpusculele colostrului sunt celule pe cale de degeneraţie (perderea structurei nucleare, perderea parţială a conturului celular, rea colorabilitate a protoplasmei.

DR. GRIGORE IACOBSON.

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS

ȘEDINȚA DELA 11 MAI 1905

Souques. Paralysie alterne motrice, sensitive et vasomotrice avec hémiassynergie, d'origine bulboprotubérantielle. Din partea motilității și sensibilității, bolnavul prezentà o hemiplegie motrice și sensitivă dreaptă, precum și o paralizie a facialului, motorului ocular extern, auditivului și a ramurilor sensitive a trigemenului stâng. De partea stângă există în plus miozis, iar de cea dreaptă turburări vasomotorii (cianoză) cu scăderea temperaturii și sensațiune subiectivă de frig. In mișcările brusce se observă asinergia cerebeloasă și o tremurătură intențională.

O leziune intraprotuberanțială atingând nucleii sensitivi și motori, pedunculul cerebelos de aceiași parte, precum și fasciculele sensitive și motrice înainte de încrucișarea lor, e singură capabilă să explice simptomatologia cazului. Natura leziunii rămâne necunoscută.

Souques. Tabes supérieur ou méningite basale spécifique. Observația unei femei atinsă de atrofie a nervilor optici, oftalmoplegii, turburări respiratorii și fonatorii, tahicardie hemiatrofia limbii, care prezintă în plus inegalitate pupilară și semnul lui Argyl Robertson, asociat cu o paraplegie spasmodică cu Babinski bilateral și cu turburări de sensibilitate. Limfocitoză arachnoidiană. Pentru autor cazul pare a constituì o formă de trecere între tabes și meningita specifică, confirmând ideile lui Babinski și Nageotte asupra debutului tabesului printr'un proces meningeu. El arată de asemenea că Marie și Guillain au drept să admită frecuența simultană a alterațiunilor nervilor oculari și a celorlalți nervi bazilari în tabesul superior.

Gilbert Ballet. Une forme anormale de la démence précoce. Autorul prezintă două bolnave, dintre cari una o hebefrenică tipică e adusă ca termen de comparație cu cea de a doua, care are câtevà particularități. Debutul boalei a fost pe la 20 de ani, când inteligența ei, normală înainte, a încercat o disoluțiune rapidă. Bolnava are aerul unei imbecile congenitale. Atențiunea sa se poate fixà, dar nu poate fi reținută. E afectuoasă cu părinții ei. Memoria e profund alterată. Bolnava, martoră din contră, are atitudinele teatrale, atenția nulă e complect indiferentă și are memoria profund alterată. Ballet admite că există nu o *demență precoce* ci *demențe precoce*.

Joffroy, Dupré, în conformitate de altfel cu Kraepelin, admit că studiul demenței precoce e încă departe de a fi terminat și cadrul ei bine delimitat.

H. Lamy. A propos de la „contraction synergique paradoxale" dans la paralysie faciale périphérique. La un bolnav în vârstă de 60 de ani, cu o paralizie facială ce datà din copilărie, se observă că frontalul și ridicătorul buzei cari nu se contractă de loc în mod voluntar, intrà din contră în contracțiune când bolnavul închide ochii. Cazul amintește pe cel prezentat de Babinski în ședința precedentă. Pentru a explicà faptul, Lamy presupune că celulele din nucleul facialului, în raport cu orbicularii pleoapelor, s'au pus în raport în timpul regenerării nervului cu orbicularii palpebrali-mușchii ce se contractă involuntar și ilogic odată cu

Pierre Marie. Maux perforants buccaux chez deux tabétiques dus au port d'un dentier. In două cazuri raportate de autor, aparatele dentare artificiale aplicate pe bolta palatină prin acţiunea vidului, au produs răul perforant. Concluziunea e că asemenea aparate trebuesc evitate la tabetici, mai ales în formele grave.

Raymond şi **Thaon.** Tremblement congénital. Hérédité. Pathologie comparée. Autorii prezintă doi fasani eşiţi din aceiaşi mamă şi din aceiaşi generaţie şi cari prezintă o tremurătură aparentă în timpul mersului, cu oscilaţiuni de frecuenţă medie, predominând în sensul antero-posterior, cari se reduc la minimum în repaos şi cari merg exagerându-se în timpul mişcărilor voluntare, împiedecând ajungerea scopului ca în scleroza în plăci. Turburarea e congenitală. Puii din generaţia precedentă arată dejà o tară morbidă, căci au avut penele decolorate şi au fost greu de crescut. Animalele prezintate ca şi cele din generaţia ce le au precedat, au eşit din părinţi consanguini. Caracterul familiar, congenitalitatea tremurăturii, infeconditatea acestor animale, face pe autor să considere tremurătura lor ca un stigmat de degenerescenţă.

Bruce. A propos de la distribution des cellules de la colonne intermédio-latérale dans la région dorsale de la moelle. Coloana aceasta se întinde dela al 8-lea segment cervical la al 2-lea lombar. Celulele au tendinţă la dispunere în grupuri. Numărul lor maxim e în al 4-lea segment dorsal.

Pierre Marie şi **André Léri.** Persistance d'un faisceau intact, dans les bandelettes optiques après atrophie complète des nerfs. Le „faisceau résiduaire de la bandelette.“ Le ganglion optique basal et ses connexions. Inainte, fasciculul găsit de autori se pune în raport cu ganglionul optic basal; înapoi cu pachetul de fibre ce înconjoară partea inferioară a nucleului lenticular. Ganglionul optic bazal adevărat, ie locul de întâlnire a unui mare număr de fibre. El nu trebue confundat cu nucleii tubercinereului, cari fiind situaţi înlăuntrul şi sub bandeletele optice, ocupă faţă de acestea o poziţiune diametralmente opusă.

Duprè et **Devaux.** Caractères histologiques différentiels de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale diffuse. In prima există o infiltraţie perivasculară constituită aproape exclusiv de celule plasmatice. In scoarţă există numeroase celule in formă de bastonaşe. Nevroglia proliferează mai ales în jurul vaselor în mod difuz. Neoformaţie vasculară abundentă. In sifilisul cerebral când există infiltraţie vasculară, e formată mai ales de limfocite. Celulele în bastonaş sunt rare. Nevroglia proliferează în focare. Există o proliferare enormă a endoteliului vascular şi o ipertrofie a membranei elastice.

Archard et **Paisseau.** Agonie lucide terminant au bout d'un an, chez une phtisique, un accès de mélancolie avec catatonie consécutif au rhumatisme et à la chorée. Cazul, la o bolnavă in vârstă de 18 ani, amintea tipul hebefrenocatatonic al demenţei precoce Cu câteva zile înainte de a muri se notează febră, dispnee şi cianoză, dar în acelaşi timp reapariţia menstruelor şi revenirea conştiinţei de sine După 3 zile bolnava sucombă, lăsând pe toţi asistenţii impresionaţi de spectacolu acestei conştiinţe, care se deşteptă pe măsură ce viaţa se stingeà. Autorii admit cu **Dupré**, că în unele cazuri inhibiţiunea proceselor psihice e mai mare decât pierderea reală a funcţiunii.

Achard et **Ramond.** **Hystéro-traumatisme vaccinal chez un vieillard.** Teama de o paralizie produsă de o complicaţie inflamatorie al pustulei vaccinale, a produs la acest bătrân de 64 ani o hemiplegie isterică.

Leopold Levy et **E. Bonniot.** **Un cas de myospasme clonique et tonique.** *(Myoclonotonie acquise).* Miotonia apare în acest caz în momentul contracţiunii energice a unor muşchi spre exemplu a quadricepsului. Contracţiunea tonică e persistentă, decontracţiunea lentă. Reacţiunea miotonică mecanică şi electrică. Nu e vorba de maladia lui **Thomson** pentru că sindromul la acest bolnav nu e congenital, mişcările repetate nu determină ca în acesta dispariţia repede a spasmului. Există rigiditate şi în mişcările provocate. In plus prezintă şi mişcări clonice. Reacţiile electrice nu sunt de altfel acì absolut identice cu cele din maladia lui **Thomson**. Bolnavul, un sifilitic, avusese două ictusuri şi prezentà câtevà simptome cerebeloase. Autorii se întreabă din această cauză dacă turburările prezentate n'ar puteà ţine de leziunea unor fibre cerebeloase.

Max Egger. **De l'audition solidiénne.** Autorul revine asupra chestiunei audiţiunei prin intermediul scheletului. Aceasta dispare când sensibilitatea osoasă e alterată. Nu e vorba de o simplă transmisiune mecanică ci de o percepţiune a undelor sonore prin intermediul nervilor sensibilităţii generale.

Ch. Mirallié. **Maladie de Raynaud. Troubles de la sensibilité à topographie radiculaire.** *(Pseudo métamériques).* Schemele date de autor nu mi s'au părut a demonstrà cu destulă evidenţă topografia radiculară a turburărilor de sensibilitate în capul său. C. PARHON.

ANATOMIE ŞI ISTOLOGIE NORMALĂ.

A. Most. **Cercetări topografice, anatomice şi clinice asupra aparatului vaselor limfatice ale urechei externe şi medii.** *(Archiv für Ohrenheilkunde*. 1905. vol. 64, p. 189) Pavilionul urechei posedă o reţea bogată de vase limfatice. Timpanul are o reţea capilară atât pe faţa externă cât şi pe cea internă, în legătură una cu alta prin ajutorul vaselor perforante. Capilarele reţelei externe se lărgesc spre periferie şi se continuă cu vasele limfatice ale conductului auditiv extern. Cele după faţa internă a membranei timpanului sunt în legătură cu limfaticiile cavităţii timpanului. Distribuţia este identică în cavitatea timpanului. La orificiul faringeu al trompei reţeaua capilară este deasă, devine mai subţire în trompă şi se pot urmărì până în cavitatea timpanului. Există dar o reţeà capilară continuă, care plecând dela pavilion şi conductul auditiv extern, se întinde prin timpan până în trompă şi cavitatea timpanului, ba chiar până în faringe.

Ganglionii regionari ai urechei externe sunt împărţiţi în 4 grupe: 1) ganglionii preauriculari, cari primesc limfaticile dela tragus şi partea antero-superioară a conductului auditiv. De obiceiu sunt doi ganglioni aproape de vena auriculară anterioară profundă, între parotida şi conductul auditif. 2) Ganglionii subauriculari, pentru lobulul urechei şi pentru partea cea mai mare a pavilionului precum şi pentru partea inferioară a conductului auditiv. Există mai mulţi ganglioni la marginea anterioară a sterno-cleido-mastoidianului, aproape de inserţia sa superioară. 3) Ganglioni retroauriculari pentru limfaticii pavilionului. Doi ganglioni înapoia urechei. 4) Ganglionii cervicali profunzi, situaţi pe vâna jugulară internă. Primesc limfaticii din partea postero-inferioară a conductului auditiv extern precum şi din părţile postero-mediane ale pavilionului. Limfaticii trompei sunt tributari ganglionilor retrofaringeali laterali. Se află înapoia peretelui posterior al faringelui la nivelul vălului palatin înapoia amigdalei palatine.

Din punctul de vedere clinic ştim că în afecţiunile urechei externe căutăm ganglioni tumefiaţi în vecinătatea pavilionului urechei şi mai ales în regiunea preauriculară şi subauriculară. In furonculul conductului auditiv găsim mai ales ganglionul preauricular prins, iar în multe cazuri şi cei subauriculari şi cei aflaţi pe vâna jugulară externă. In inflamaţiunea urechei medii se tumefiază foarte uşor ganglionii, cari se află dedesubtul lobulului urechei la marginea anterioară a sterno-cleido mastoidianului în apropierea inserţiei sale pe apofiza mastoidă, precum şi ganglionii retrofaringieni laterali.

EUG. FELIX.

Wallich şi **Levaditi.** Sur la nature des éléments cellulaires du colostrum et du lait chez la femme. (*Ann. de l'Instit. Pasteur* Mai, 1905). In lapte se pot găsi trei feluri de elemente: corpusculele (leucocite) şi semilunele (croissants) menţionate de Haidenhain.

In plină alăptare laptele nu conţine alte elemente decât semilune, cari nu sunt decât corpuscule colostrale atrofiate prin presiunea globulelor de grăsime (se observă diferite faze ale procesului).

In caz de *încetinire a alăptării*, se observă înainte de supt numeroase corpuscule colostrale, şi după supt, numai semilune.

In caz de *suprimare a alăptării*, se observă mai întâi corpuscule colostrale. După câtevà zile aceste corpuscule se veştejesc şi apar leucocitele polinucleare şi câtevà mononucleare.

Inainte de *suirea laptelui*, se observă asemenea corpuscule colostrale, dar leucocitele sunt mai rare.

Acumularea polinuclearelor pare a corespunde cu retenţiunea laptelui în sân şi dovedeşte fenomenele iritative ce însoţesc această retenţiune.

Rămâne a determinà origina exactă a corpusculelor colostrului, ceeace autorii caută a face prin diferite mijloace :

a) *prin histologie* : Pe secţiuni de glande mamare de femei şi de copii în stare de fluxiune mamară, se observă o reacţiune celulară periglandulară, foarte accentuată. Relativ la corpusculele colostrului, secţiunile arată :

1. O origină dublă a acestor corpuscule : epitelială, descuamativă pe de o parte şi mesodermică, inflamatorie pe de altă parte.

2. Se observă granulaţi de grăsime în unele celule poly- şi mononucleare. Această grăsime, închisă în protoplasmă, «provine probabil din actul de resorpţie pe care aceste celule îl realizează în ţesutul glandular.»

b) *prin experimentaţie* :

1. Prin injecţii în peritoneul cobaiului de emulsii de gălbenuş de ou şi de lapte : se observă in aceste cazuri că celulele mesodermice, macrofagii peritoneului cobaiului, pot, înglobând globulele de grăsime injectate, luà aparenţa celulelor mononucleare ale colostrului.

2. Prin prepararea unui lactoserum. Acest lactoserum aglutinează o parte din elementele celulare conţinute în colostru, pe când nu influenţează de loc leucocitele sângelui.

Acest fapt se interpretează în modul următor : *von Dungern* a arătat că *lactoserurile* sunt *epiteliotoxice* (imobilizarea mişcărilor celulelor vibratile ale tracheei boului). Astfel că, o parte din elementele colostrului fiind influenţate prin lactoser, se poate conchide că aceste elemente sunt de origină epitelială.

Concluzia generală este că elementele colostrului au o origină variabilă : uneori epitelială şi uneori mesodermică.

DR. GRIGORE IACOBSON.

DERMATOLOGIE şi BOLI VENERIENE

Karl Herxheimer. **Ueber die Beziehungen der Spirochaete pallida zur Syphilis.** (Raporturile spirochetului palid cu sifilisul). (*Medizinische Klinik,* 1905, 10 Iunie 1, p. 797-798). Herxheimer a obţinut coloraţii bune ale spirochetului cu Nilblau BR şi Nilblau BB, părţi egale din soluţia apoasă $1^{0}/_{00}$.

Cu caprilblau, cresylviolet, fucsină fenicată şi violet de gentiană anilinat, rezultatele coloraţiei au fost de asemenea bune.

Reitmann colorează spirocheţii cu fucsină fenicată, după tratarea prealabilă cu acid fosfomolibdic.

In toate aceste procedee e mai bine de a lăsà preparatul 24 de ore în contact cu culoarea. In secţiuni, cu Nilblau, Herxheimer a putut colorà spirochetul.

Procedeul indicat de Schaudinn cu soluţia lui Giemsa nu e deci singurul care poate da rezultate pentru diagnosticul spirochetului.

S. IRIMESCU.

Pinard. **Profilaxia eredo-sifilisului.** (*Annales de Gynécologie.* Aprilie, 1905). Este un fapt bine stabilit astăzi în chestiune de ereditate sifilitică, şi anume că *naşterea unuia sau a mai multor copii sănătoşi, nu constitue pentru tată un certificat de vindecare.*

Pinard insistă şi el cu toată autoritatea pe care i-o dă o practică îndelungată asupra acestui adevăr, care ar trebui să pătrundă cât mai mult şi în public.

El susţine cu tărie «cura profilactică a eredo-sifilisului» şi pe care o practică în modul următor : ori care sifilitic care a trecut printr'un tratament corect antisifilitic şi care n'a mai prezintat nici o manifestaţie, ca să evite cu certitudine eredo-sifilisul la descendenţii lui, e supus timp de 6 luni la un tratament cu iod-hydrargirat de potasiu, iar soţia la acelaşi tratament în tot timpul graviditătii. *Aceasta se repetă la fie care copil.*

Trebue să relevăm nepotrivirea dintre aceste convingeri exprimate cu tărie de oameni ca Fournier, Pinard, etc., şi credinţa comună a medicilor în legea despre descreşterea infecţiunii sifilitice în cursul vremii.

TRANCU-RAINER.

Siegel. **Neue Untersuchungen über die Aetiologie der Syphilis.** (Noui cercetări asupra etiologiei sifilisului). (*Münchener med. Woch.* 1905, Iulie 11, p. 1321—1323). Siegel menţine existenţa parazitului descris de el, în sifilis: *cytorrhyctes luis.*

Aparenţa parazitului ar fi, după autor, cu totul deosebită de cea care rezultă din distrugerea globulelor roşii sau albe, forme cu care parazitul poate fi confundat.

Ceea ce caracteriză citorictul în sângele proaspăt e refringenţa sa foarte mare şi mişcările sale vii.

Cu hematoxilină Grenacher şi cu azur II, Siegel a colorat nuclei la parazit în număr variabil.

Cilii apar în mod evident după simpla coloraţie, 3 zile consecutiv, cu soluţia lui Giemsa.

In secţiuni fine (2 μ) citorictul poate să fie colorat. Intr'un viitor articol Siegel promite să deà probele experimentale ale existenţei parazitului: transmiterea la iepuri şi maimuţe

S. IRIMESCU.

Voss. **Thrombophlebitis gonorrhoica.** (*Dermatologische Zeitschrift,* 1905, H. 2). In aceşti din urmă ani s'a dat o mare importanţă afecţiunilor venoase specifice în cursul sifilisului recent şi s'au făcut, în schimb, prea puţine comunicaţii relative la o. flebită specifică în Gonorhee. Sasserath în teza sa din 1904 (Berlin), a reprodus 28 de observaţii, cea mai mare parte extrase din literatura franceză. Pe când însă, relativ la flebita sifilitică, s'au făcut cercetări isto-patologice de către Hoffmann, Mendel şi Thibierge, în flebita gonoreică nu s'a cercetat încă baza istologică, abstracţie făcând de cazul lui Wertheim, în care s'a examinat o porţiune mică de mucoasă vezicală la o fată cu cistită gonoreică. In această mucoasă capilarele şi vinele cele mai mici erau umplute cu gonococi.

Din 24 de cazuri, Sasserath dă un procent de 75°/₀ pentru bărbaţi. Profesiunile cele mai expuse sunt cele cu muncă de forţă. Vârsta între 20 şi 30 de ani. Debutul în mijlocie 20—30 de zile după infecţie. In privinţa evoluţiei, V. recomandă lucrarea lui Heller (*Berl. kl. Wochensch.* 1904, No. 23). Jumătatea inferioară a corpului este cu totul anume predispusă la inflamaţii venoase şi în special membrele inferioare. Din acestea stă în prima linie vena safenă, ca cea mai expusă la traumatisme profesionale. De altmintrelea, atât Heller cât şi Sasserath au găsit, în majoritatea cazurilor de flebită gonoreică, leziuni articulare specifice. Prognoza este favorabilă.

Cazul lui Voss priveşte pe un bărbat de 27 de ani, la care, în săptămâna a cincea dela infecţie se ivise o infiltraţie dură cu aspectul unei coarde pe dosul penisului. Această coardă fu excizată după cererea bolnavului şi examinată istiologiceşte. Ea conţineà un ghem de vase înglobate în ţesut conjunctiv mai mult sau mai puţin infiltrat. Printre acestea, trei vene sunt trombozate. Infiltraţia d'imprejur pătrunde prin păreţii lor pe alocurea distruşi şi se află în conexiune cu trombuşii mai mult sau mai puţin organizaţi şi în diferite stadii de desvoltare. Păreţii vinelor prezintă diferite alteraţiuni ale straturilor lor. Păreţii arterelor din profunzime nu sunt atinşi.

Gonococi n'a fost cu putinţă să se găsească nici în trombuşi, nici în infiltraţia d'imprejur.

Voss crede că această tromboflebită nu este chiar metastatică ci s'a ivit prin continuitatea inflamaţiei vaselor limfatice până la pereţii venelor, interesând succesiv vasa vasorum, apoi păreţii venei, producând endoflebită şi astfel tromboză.

Este sigur că există limfangite gonoreice ale penisului, dar adesea trebue să se considere ca atare, infiltraţii pe dosul penisului, cari în realitate sunt tromboflebite. Gonorea în complicaţiile ei atacă vădit vasele sanguine de preferinţă celor limfatice. Ca probă poate servì raritatea adenitelor inguinale.

G. Z. P.

FIZIOLOGIE NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ.

Paul Carnot. **Les greffes des muqueuses et la pathogénie des cavités kystiques.** (*Arch. de Méd. Expériment.* No. 3. 1905). Autorul făcând grefe de mucoase constată:

1) Pentru mucoasa vezicală grefată pe stomac, dă naştere la cavităţi kystice de dimensiuni variabile, conţinând puţină urină. Evoluţia lor e progresivă, fără tendinţe la regresiuni.

2) Pentru mucoasa biliară, grefată pe stomac şi în plin ţesut hepatic, dă cavităţi kystice — de dimensiuni mici — cu conţinut gros coloidal. Într'unele puncte se constată o proliferaţie adenomatoasă extra-kystică.

3) Grefele de mucoasă stomacală, dă naştere la cavităţi kystice de volum destul de considerabil. Conţinutul lor e un lichid alcalin, care nu are proprietăţile digestive ale sucului gastric. Lucru explicabil, de oare ce pe secţiuni se constată atrofia complectă a celulelor bordante şi principale. In locul lor se dezvoltă celule mucoase mult mai rezistente. In acelaş timp se întâmplă şi rarefacţia glandelor, aşà în cât mucoasa gastrică urmează un tip digestiv analog aceluia din gastritele-cronice: dispariţia elementelor nobile şi înlocuirea lor prin celule mucoase precum şi rarefacţia glandelor. A. S.

GYNECOLOGIE ŞI OBSTETRICĂ.

P. Budin. **Orifice vaginal et vaginisme.** (*Berliner Klinische Wochensckrift.* 3 Iulie 1905). Se ştie cât de recalcitrant la diversele tratamente este vaginismul. Autorul pledează pentru modul lui de tratament care se face astfel.

Timp de 2—3 zile se face antisepsia vulvei şi a vaginului cu sublimat $^1/_{4000}$.

In momentul intervenţiei se pune vaselină cocainată 5% pe vulvă şi în canalul vaginal.

După 10—15 minute, sensibilitatea este extrem de atenuată, atunci numai se introduce indexul în întregime în vagin, se retrage apoi indexul şi se introduce indexul şi mediul, iar în urmă se dilată cu tijele metalice Hégar. Se continuă cu injecţiile antiseptice şi după 48 ore se procede la a doua şedinţă. De astă dată se introduc trei degete şi tije Hégar mai groase până la No. 38. In general 3—4 şedinţe sunt suficiente.

In aceste condiţiuni contractura muşchilor este înlăturată şi Budin pretinde a fi obţinut în totdeauna succes prin această metodă.

TRANCU-RAINER.

Couvelaire. Dystocie prin fistulă uterină cervico-vaginală. (*Annales de Gynécologie*. Aprilie, 1905). O femeie în vârstă de 31 ani, care se prezintă în serviciul profesorului Pinard, cu o O I S A, copilul viu, colul deviat la dreapta şi inainte, pe buza posterioară şi la stânga se recunoaşte o fisură cu marginile foarte subţiri şi având diametrul unei linte, capul apasă pe această parte. După 3 ore şi jumătate se constată orificiul fistulos dilatat ca o piesă de cinci lei şi ocupând de abià centrul basinului, colul de abià întredeschis, pentru a evità întinderea către părţile superioare a acestei plesnituri a buzei, Couvelaire secţionează puntea de col dintre cele 2 orificii cu o foarfecă, după care se expulsează un copil greu de 2680 grame; expulsiune, prin expresie, a placentei. Examinându-se colul. se constată că ruptura nu s'a întins mai departe. Urme normale.

Bolnava îşi introdusese cu cinci ani în urmă, în scop de a avortà, o canulă de os. Cu toate că operaţia aceasta a fost nedureroasă, autorul crede că ia produs o perforaţie a colului. El nu se gândeşte de loc la posibilitatea unei malformaţiuni a colului.

TRANCU-RAINER.

Doléris. Statistică asupra avorturilor. (*Annales de Gynécologie*. Aprilie 1905). Autorul face statistica avorturiior în toate spitalele de naşteri din Paris dela 1898 până la 1904. Concluziile pe cari le scoate sunt cele aşteptate, adică înmulţirea în timpii din urmă a avorturilor, mai ales a celor provocate, etc., etc.

TRANCU-RAINER.

IGIENĂ ŞI TERAPEUTICĂ

M. Kaiser. Über die Bedeutung des Bacterium coli im Brunnenwasser. (Insemnătatea prezenţei bacilului coli în apa de puţ). (*Archiv für Hygiene*, LII, Bd. 2 H.). Apa din puţurile examinate de autor conţinea bacilul coli comun tipic (Escherich) în 22% din cazuri; bacili din grupul coli se găsiau în 30% din puţuri; în 48% din ape nu se constatà nici coli, nici bacili coliformi. Este greşită, prin urmare, părerea că bacilul coli comun ar fi ubicuitar, răspândit în toate apele de puţ. După cercetările lui K, puţurile suspecte conţin mai des bacilul coli, aşa încât este oarecare probabilitate că prezenţa acestui microorganism poate servì ca indicator că o apă este infectată cu dejecţiuni.

Coli din apă se cultivă uşor în iufuzii de fân 3% (procedeul Lignières), de unde se izolează pe plăci de gelatină. Prin intrebuințarea infuziei de fân se elimină o mare parte din bacteriele lichefiante ale apei.

G. PROCA.

Fritz Kirstein. **Ueber die Dauer der Lebensfähigkeit von Tuberckelbacillen an flugfähigen Stäubchen.** (Asupra duratei vitalității bacililor tuberculoşi în prafuri transportabile). (*Zeitschrift für Hygiene.* Vol. 50. Fasc. 2. Mai, 1905. p. 186—214).

Cornet a găsit bacilul tuberculos în praful din spitale în 47.6%, din azilele de alienați în 17.6%, din locuințele tuberculoşilor în 43.6%, din probele examinate.

Heymann a arătat însă că praful cercetat de Cornet nu e totdeauna transportabil, așà încât după el, pericolul transmiterii prin sputele tuberculoase desicate, e mai mic decât îl arătase Cornet (8% rezultate pozitive de transmisiune experimentală cu praful din locuințele tuberculoşilor).

Kirstein reluând aceste experiențe, a ajuns la următoarele concluziuni

In praful încărcat cu picături conținând bacili tuberculoşi — realizând astfel experimental ceea ce se întâmplă cu bacilii improscați de bolnavul care tuşeşte — bacilii trăesc între 8 — 14 zile; în praful provenind din sputa tuberculoasă uscată, între 4—7 zile; în haine între 5 — 10 zile; în fine, în praful după drum între 3—8 zile.

Aceste cercetări arată că vitalitatea bacililor tuberculoşi în pulbere transportabile, e destul de limitată.

Experiențele s'au făcut însă la lumina difusă a zilei. La intuneric această vitalitate trebue să fie mai lungă.

E de remarcat că aceste experiențe arătând vitalitatea cea mai lungă pentru praf încărcat cu picături conținând bacili tuberculoşi, pune în evidență importanța factorului admis de Flügge în propagarea tuberculozei, prin bacilii improscați prin tuse şi lasă pe planul al doilea propagarea prin sputele tuberculoşilor, uscate şi transformate în pulbere.

S. IRIMESCU.

Leo Schaps. **Zur Frage der Conservirung der Milch durch Formaldehyd speciell zum Zwecke der Sänglingsernährung.** (Conservarea laptelui prin formaldehydă, pentru alimentarea noilor născuți). (*Zeitschrift für Hygiene.* 1904, L. 2. p. 247 — 264). Schaps a experimentat cu lapte, însămânțat prealabil cu stafilococi şi cu bacili tuberculoşi, la care s'a adăogat formol în proporție de 1:5000 şi 1:10000.

Din aceste experiențe rezultă că formolul impedică pentru câtva timp desvoltarea stafilococului ca şi a bacteriilor fermentației lactice, cu deosebirea că acțiunea sa asupra fermentului lactic e mai durabilă decât asupra stafilococului. Un lapte prin urmare, cu aparența de a fi perfect normal, în urma adăogării de formol, de oare ce nu se coagulează, poate foarte bine se conțină stafilococi.

Cu bacili tuberculoşi, rezultatele au fost identice. Formolui n'are infiuență asupra lor.

În ceea ce priveşte gustul dat de formol laptelui, de şi Behring pretinde că în proporţie chiar de 1:4000, nu se percepe nimic, Schaps arată că în cantitatea aceasta, prezenţa formolului e perceptibilă şi la gust şi la odorat.

Pentru a demonstrà că formolul n'are nici o acţiune nocivă, Behring a administrat la animale pe cale stomacală, subcutană, intraperitoneală şi intravenoasă, lapte conţinând până la 2‰ formol, fără ca animalele să sufere nimic. Schaps citează însă leziunile observate la autopsia unui copil de 5 luni, care în timp de 20 zile luase ½—⅔ litri lapte, conţinând 1:10.000 formol. Pe lângă alte leziuni cari provocaseră moartea, s'a constatat în intestinul subţire, pe o lungime de 70 centimetri, ulceraţii foliculare foarte abundente. Examenul microscopic a arătat o necroză superficială a mucoasei şi o infiltraţie inflamatorie mergând până la musculatură. Faptul că ulceraţiile începeau dela duodeum şi diminuau din ce în ce, arată că erau în relaţie cu substanţele îngerate. Ca substanţă nocivă însă nu puteà fi încriminat decât formolul din lapte.

O observaţie unică nu permite concluzii formale. Autorul atrage însă atenţia asupra posibilităţii acţiunii nocive a formolului introdus în lapte în scop de a-l conservà.

S. IRIMESCU.

T. Bobone. Petrolul în tratamentul ozenei. (Annales des maladies de l'oreille. 1906. I. p. 405). Rezultatele obţinute au fost pe cât se poate de satisfăcătoare. Petrolul în fosele nasale are o acţiune dublă, una bactericidă alta, stimulentă. In cât ar fi raţional a întrebuinţà petrolul, atât pentru aceia cari consideră ozena ca o boală microbiană cât şi pentru acei cari cred de a aveà aface cu o afecţiune de origină trofică amicrobiană. Formula întrebuinţată este următoarea :

Petrol . . . . 40.
Ol. Eucolypti . . . 4,50.
Strychnin nitric . . 0,02.

modul de aplicaţiune este pe cât se poate de simplu. In urma unei irigaţiuni a nasului cu o soluţiune de permanganat de potasă, de bicarbonat de sodă sau de acid salicylic, în scopul de a depărtà crustele, se freacă mucoasa nasală cu un tampon de vată muiat în soluţiune. Efectul tratamentului se constată foarte repede, după câtevà zile au dispărut cojile şi mirosul.

EUG. FELIX.

O. Garlipp. Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis. (Utropina în scarlatină pentru evitarea nefritei). (*Medizinische Klinik,* 1905, Iulie 16, I p. 810—811). Widowitz, după administrarea urotropinei, la 102 cazuri de scarlatină n'a avut nici o singură nefrită. Alţi autori au obţinut însă rezultate mai puţin bune cu urotropina. (Wateff Buttersack).

In clinica lui Heubner (Berlin), au fost trataţi de Garlipp 82 scarlatinoşi cu urotropină (0.25, 3 zile de-a rândul în prima săptămână şi aceleaşi doze într'a 3-a săptămână a boalei).

Cu tot tratamentul acesta preventiv, 21 (25.6%) din bolnavi au avut nefrite (albumină, sânge şi cilindre în urină).

Dând urotropina 4 zile de-a rândul în aceleaşi doze, cu 4 zile interval, până la a 20-a zi a boalei, numărul nefriticilor la 13 cazuri, a fost de 2 (15,4$^0/_0$). Inaintea oricărui tratament cu urotropină procentul nefritelor în scarlatină era de 19.6$^0/_0$, în clinica lui Heubner.

Tratamentul preventiv al nefritei scarlatinoase cu urotropină, n'a dat deci rezultatele bune, anunţate de Widowitz. S. IRIMESCU.

Perrin. **L'Opothérapie hépatique chez les cirrhotiques.** *(Revue méd. de l'Est,* Iunie, 1905). Autorul a întrebuinţat opotherapia hepatică în trei cazuri de ciroză. Intr'un caz de ciroză incipientă la un alcoolic sifilitic ameliorarea s'a obţinut in mai puţin ca două săptămâni. Intr'un al doilea caz de ciroză atrofică cu ascită survenită la o bătrână de 65 ani toate simptomele au dispărut după o lună. Intr'un al treilea caz însă, care aveà o stare generală foarte rea şi rinichii atinşi, rezultatul a fost neînsemnat.

După Perrin opotherapia hepatică are cu atât mai multe şanse de succes cu cât va fi întrebuinţată mai curând

Tot de odată autorul a observat o adevărată reparaţie globulară, obţinând in cazurile observate o creştere de 1.500.000 hematii în câteva săptămâni; aşa că opotherapia ar lucrà asupra anemiei ciroticilor tot astfel cum ar lucrà tratamentul mercurial asupra anemiei la sifilitici. BARONCEA.

Dr. Kraus. **Bemerkungen zu „Beitrag zur Serumbehandlung der Diphterie" von S. Schön Ladwiewsky, gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Haltbarkeit des Diphterieheilserums.** (Observaţii asupra lucrării lui Schön Ladwiewsky: „Contribuţie la tratamentul seroterapic al difteriei" precum şi contribuţie la chestiunea conservării serului antidifteric). *(Jahrb. f. Kind.* Mai 1905). In urma unei publicaţii a lui Schön Ladwiewsky, care a avut insuccese în tratamentul difteriei, pentru cari învinovăţeşte scăderea valorii antitoxice a serului, seriile de ser învinovăţite au fost scoase din comerţ. Kraus arată în lucrarea de faţă că reclamaţia lui Ladwiewsky nu este tocmai justificată de oare-ce perderile de antitoxine în serul învechit nu justifică insuccesele semnalate. Un ser forte perde relativ puţin: aşa seria *508* vizată de Ladwiewsky a perdut într'un an şi jumătate *100* antitoxine din *300* (rămân *200*) şi seria *515* *100* din *500* (rest *400*). Bolnavii au avut, prin urmare, şi cu aceste serii scăzute, cantitatea de antitoxină suficientă şi insuccesul trebue căutat aiurea. DR. GRIGORE IACOBSON.

F. Reiche. **Tuberkulose u. Schwangerschaft.** (Tuberculosă şi graviditate). *(Münchener med. Woch.* 1905, Iulie 11, p. 1331—1334). Gerhardt, Kaminer, Ysendick, cu numeroase observaţii arătaseră că tuberculoza se agravează în urma sarcinei. Majoritatea cazurilor observate însă de aceşti autori, erau de tuberculoză pulmonară înaintată.

Reiche în sanatoriile de tuberculoşi dela Hamburg a avut ocaziunea să studieze influenţa gravidităţii asupra tuberculozei incipiente la un mare număr de femei, măritate după ce făcuseră cura.

Un an şi chiar doui, în urma eşirii lor din sanatoriu, 163 din aceste femei au fost examinate de Reiche; 78 din ele avuseseră una sau mai multe sarcine. Numai 16 au avut o agravare a boalei; la celelalte 68 puterea de muncă era ca şi înaintea sarcinei. Concluzia după Reiche, e că măritişul şi graviditatea în cazurile de tuberculosă pulmonară limitată, nu sunt aşa de periculoase, după cum credeau Maragliano şi Ysendick, pentru cari întreruperea sarcinei chiar în tuberculoasele incipiente e o măsură necesară în scopul de a împedicà evoluţia rapidă a boalei.

Reiche cere însă ca o garanţie în contra agravării boalei, ca măritişul să se facă cât mai târziu, după ce tuberculoza a fost tratată şi oprită în mersul ei: 2—3 ani în urmă, nu numai un an după cum cerea Gerhardt.

In cazul însă când o femee tuberculoasă cu leziuni înaintate e gravidă conduita variază după cazuri.

In toate formele grave, cu complicaţii laringee, cu febră ridicată şi cu emaciare pronunţată, o intervenţie activă e contra-indicată. Sunt însă cazuri mai cu seamă cele cu temperatură ridicată, cu hemoptizii şi vărsături incoercibile, în care dacă starea generală a bolnavei o permite, avortul sau naşterea prematurà, pot fi întrebuinţate. In ceea-ce priveşte alăptarea, Reiche o disuadează cu totul la tuberculoase, pentru a le evită oboseli incompatibile cu starea lor de sănătate.

S. Irimescu.

*** **Santhéose diurétique rénal par excellence.** *(Presse médicale* 15 Iulie 1905, pag. 450*)*. Este un produs complex al cărui dimetilxantina pură de compoziţie fixă şi de origină identică, formează baza santeozei, care după expresiunea lui Huchard, *(Journ. de prat.* 28 Febr. 1905), trebue considerată ca „cel mai fidel, cel mai constant şi cel mai inofensiv dintre diuretice“. Toleranţa sa şi absenţa de toxicitate în doze normale, activitatea sa lipsită de puteri iritative sunt avantagiile pe care i le recunosc orice practician.

François, Raspail *(Bulletin médical)* formulează aceste concluziuni. „Lipsită de toxicitate, nu produce turburări cardiace sau viscerale consecutiv întrebuinţărei sale, acţiune perfect definită, totdeauna lucrează la fel şi este regulatoarea marilor funcţiuni. Iată pentru ce santeoza constitue pentru terapeutică un preţios şi fidel agent“.

Pentru a răspunde la multiplele sale indicaţii, dimetilxantina originală este întrebuinţată pură sau asociată cu fosfat sodiu, cu cafeina, sau cu litină, de unde deci avem 4 forme, având fiecare indicaţiuni speciale şi proprietăţi net caracterizate:

1) Santeoza pură a cărei eficacitate nu are pereche decât în perfecta toleranţă.

2) Santeoza fosfatată lucrează foarte bine în afecţiunile cardiace şi cardiorenale, atunci când cordul îşi micşorează forţa, dispnea e mare, când se produc edeme perpetue, ea face ca ele să dispară, întăreşte sistola, ridică ipotonia generală şi graţie diurezei favorizează cursul sângelui până în cele mai fine arteriole cerebrale. Pe de altă parte nu există un adjuvant mai sigur pentru cura de decloruraţie în maladia lui Bright, ca santeoza.

3) Santeoza cafeinată, a cărei activitate este preţioasă în astenia cardiovasculară, asistolie, infecţiuni.

4) Santeoza litinată constitue medicaţia per excelentiam al arteriosclerozei

reumatismelor, gutei, într'un cuvânt al tutulor manifestațiunilor artritismului. Ea are avantagiul de a alcaliniză sângele, de a activa circulația și de a debarasa prin emonctoarul renal, economia de urați și de deșeturi. Rolul său este etiologic și specific.

Santeoza se găsește în comerț în cașeuri dozate de câte 0.50 ctg. de principiu activ, se prescrie 1—4 cașete pe zi.

P. G L.

Dr. H. Vaquez. *(Professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris).* **Le traitement de la phlébite des membres.** *(La semaine médicale,* No. 30 1905). Autorul se ridică contra obiceiului de a imobiliză pentru un timp prea îndelungat bolnavii de flebită. Deși imobilizarea aveà scopul de a înlătură emboliile, totuși de cele mai multe ori dădeà infirmități prelungite sau chiar incurabile uneori. Numai cunoscând perfect evoluția anatomică și clinică a acestei boale s'ar puteà preciză momentul, când membrul bolnav poate și trebue mobilizat. Numai studiind toate varietățile de flebită a membrelor, s'ar puteà aplică *«imobilizația oportună»*. Pentru o expunere mai sistematică împarte flebitele în trei.

I. Flebita obliterantă a marelor vene (flegmatia alba dolens) fie că este consecutivă acușmentelor, unei boli infecțioase, fie că survine în timpul unei cachexii, are o patogenie univocă și o simptomatologie identică. Diagnosticul odată pus, imobilizația membrului într'o poziție bună este obligatorie. Pentru ca să avem o poziție bună, membrul trebue să steà orizontal pe o saltea destul de rezistentă; corpul să fie pe acelaș plan, numai capul ridicat pe o pernă. Imobilizația absolută, trebue să fie garantată de o gutieră sau de feși de pânză fixate de pat.

Dacă utilizăm *gutiera* să observăm: 1) Ca ea să meargă în sus până la rădăcina coapsei 2) să fie deopotrivă răspândită vata, pentru a nu provocă nici cea mai mică flexiune a coapsei pe basen, 3) partea ei supero-internă să fie bine scobită pentru a nu vătamă regiunei genito-crurale.

In serviciul său V. procede în chipul următor: După ce a învăluit piciorul într'un strat de vată, suficient și uniform distribuită, îl fixează prin trei feși de pânză largi cam de 10 cm., prinzând extremitățile chiar de salteà prin ajutorul acelor de siguranță, sau dacă utiliză un pat mecanic, cu ajutorul chingei. Legăturile fixatoare ating numai fața anterioară a membrului și sunt aranjate: la mijlocul gambei, pe genuchi și la mijlocul coapsei. Laba piciorului trebue menținută în unghiu drept de gambă prin ajutorul unei feși de pânză, trasă în dublă eșarfă, având extremitățile prinse tot cu ace de siguranță. Până la mobilizația complectă pentru a evită ori ce flexiune pe coapsă, care ar aduce embolii, imobilizăm partea inferioară a trunchiului printr'un *drap d'alèze,* ale cărui extremități sunt, sau prinse de saltea, sau legate de marginile patului. Procedeul Vaquez prezintă asupra gutierii următoarele avantagii: 1) împedică flexiunea gambei pe coapsă și a acesteia pe basen, 2) scutește bolnavul de frecăturile așà de penibile, ce se fac între marginea gutierei și rădăcina membrului conținut, 3) îngădue o supraveghere lesnicioasă a fiecărei regiuni, prin ridicarea succesivă a celor trei legături fixatoare, 4) la începutul mobilizării permite o acţiune asupra fiecărui segment în parte, fără ca membrul să se schimbe cât de puţin din planul patului.

Pentru V. patul mecanic este foarte util în cazurile de flebită a unui membru, pentru cazurile de flebită dublă este indispensabil.

Tratamentul local şi extern în primele zile va fi sedativ (aplicaţiunii zilnice de vaselină laudanizată, sau pomadă beladonată, sau comprese umede cu o soluţie de chloral $^1/_2$ la $^0/_0$ în ser artificial cu titlu obişnuit) pentru a calma durerile aşà de vii, rezultând din umflarea ţesuturilor mai ales atunci când coagulaţia a atins şi femorala Dacă durerile sunt prea vii şi împiedică somnul, injecţiile de morfină vor aduce servicii reale în cele câteva zile dela început cât durează durerile. După prima săptămână când durerile s'au potolit tratamentul rezolutiv ia locul. In fiecare dimineaţă timp de 3—4 ore se va aplicà comprese subţiri înmuiate în ape saline naturale dublate sau triplate ca volum, de apă fiartă. Peste acestea se aplică gutapercă laminată. După ce am scos compresele vom aplicà pudra următoare:

Talc . . . . }
Cretă preparată . } āa 10 gr.
Magnezie uşoară . }
Resorcina . . . . . 0,50 ct.

Dela XX-a zi imobilizaţia absolută face loc mobilizaţiei parţiale şi progresivă. 1) Pentru Vaquez trei sunt indicaţiile mobilizaţiei : 1). lipsa complectă de elevaţie termică timp de 20 zile, 2) indolenţa absolută a venelor la palpaţie 3) scăderea progresivă a edemului.

In prima săptămână mişcările comunicate vor fi pasive, vor constà în *effleurage*-ul pielei şi mobilizarea parţială a articulaţiei degetelor şi piciorului propriu zis. In a II-a săptămână (27—35-a zi) masajul maselor musculare cu mişcare mai activă a articulaţiilor, fără a le flexà şi evitând în masaj regiunea marilor trunchiuri vasculare. Dela 35-a zi se scoate faşa dela genuchi şi *le drap d'alèze,* masajul fiind recomandat pretutindeni fără violenţă. Dela a 40-a zi va începe primii paşi şi în pat piciorul nu va mai fi fixat.

In caz de flebită dublă tratamentul e acelaş şi temperatura ne va conduce să-l aplicăm izolat şi alternativ pentru fiecare membru.

Când bolnavul începe să umble i se recomandă: 1) să aibă piciorul bolnav conţinut în feşi de *crêpe* Velpeau, care se aplică dela vârful piciorului şi până la rădăcina lui. Ciorapii elastici sunt proscrişi de V. pentru că, sau nu strâng suficient şi-s inutili, sau strâng prea tare, deci dau dureri şi-s vătămători, 2) să se servească de baston nu de cârjă, care-i dă atitudini, vicioase.

Modificaţiile pe cari le-ar impune noţiunea etiologică a diferitelor varietăţi de flebită (exceptând pe cea sifilitică) şi medicaţia internă trec pe al II-lea plan, de oarece procesul flebitic şi tromboza venoasă rămân aceleaşi.

II. Septicemii venoase subacute. A. caută să-şi justifice titulatura, arătând că în flegmatia alba dolens este vorba de septicemii generale al căror ecou sunt vasele mari, pe când în această categorie procesul septic interesează

---

1). Pentru discuţia contradictorie a datei când trebueşte începută mobilizaţia, vezi *Semaine médicale* 1900, p. 402.

venele superficiale și are o evoluție sub-acută. Aceste septicemii proced prin etape succesive, separate de intervale nedeterminate, și-și au sediul de predilecție, safena internă.

Varicele superficial, staza sanguină, care rezultă din această cauză, precum și insuficiența valvulară concomitentă, sunt cauze predispozante. Eroziunile eczema, plăgile superficiale, traumastimele de ori ce natură, sunt porți de intrare. Ca tratament preventiv: gimnastica și masajul prudent făcute, feșile de contenție și ciorapi de varice, cari pentru acest fel de flebite prezintă și avantajul de a ferì piciorul de traumatism, sgârieturi, etc. Nu trebue neglijat a atrage atenția indivizilor varicoși, de a-și îngrijì cu multă băgare de seamă ori ce escoriație au aveà în vecinătatea varicelor.

Dacă cu toàte astea, flebita a luat naștere, ca primă măsură de tratament vom recomandà repausul în pat. Imobilizarea precoce în flebitele varicoase împedică întinderea procesului inflamator și scurtează, dacă e complectă, cu mult durata boalei. Dela a XX-a zi sè poate lăsà piciorul liber. Masajul se va întrebuințà acì numai ca să redeà mișcările articulațiilor înțepenite. Trebue să ne ferim a masà teritoriile venelor bolnave, ca nu cumvà să contribuim la reînvierea flebitelor, pe cari le credeam spre vindecare. A. nu recomandă intervenția decât în cazul de infecție profundă a venelor, de tumori varicoase destul de circumscrise. La fiecare reapariție a flebitei varicoase se va procedà, ca pentru una nouă. Și acì ca la primul fel de flebită, temperatura urmărită zilnic ne va indicà momentul, când trebue începută mobilizarea.

III. Flebita recidivantă se deosebește de precedenta prin aceea că reînvierea procesului se face la date mai lungi și se observă la fiecare revivescență, aceleași puncte prinse dela început. Pentru flebitele, recidivante varicoase, pe lângă măsurile preventive ar fi de recomandat și intervenția chirurgicală, dacă revivescența se face constant asupra unei tumori varicoase, care rămâne dureroasă. O altă formă de flebită recidivantă este cea gutoasă care este foarte rebelă la tratament. Imobilizarea și tratamentul intern (ca modificator al stărei generale) sunt indicate. Masajul nu convine articulațiilor gutoase. In caz de dureri se va recurge la pomezi cu belladona, hyosciam, salicilat de metil, etc.

IV. Accidentele post flebitice sunt în mare parte datorite imobilizației prelungite în special, vechiului tratament al flebitelor, în general. Cu toată metoda așà de excelentă a lui V. nu s'ar putea pretinde ca flegmatia alba dolens se vindecă absolut complect. Adăogând însă la o balneație căldicică, masaj și mobilizare bine condusă, nu ne rămâne decât un edem mai mult sau mai puțin ușor după osteneală și foarte rar crampe. In fine avem de trecut în rândul accidentelor fost flebitice, cari trebuesc tratate cu multă pricepere, *durerea* și *edemul*.

Durerea în general ocupă traectul venei superficiale primitiv atinsă, totuși nu rare ori sediul ei este safena, din cauza dilatației, ce o suferă, când se face circulația complimentară; sciaticele varicoase semnalate încă din 1888 de Quénu și Vaquez, au aceeași patogenie. La femei în timpul apropierei menstruelor, aceste dureri sunt exasperante. Ca tratament vom recomandà: compresia, portul obișnuit al unui ciorap cât mai lung, precum și gimnastica unită cu masajul. Când punctele sunt superficiale aplicațiile repetate de tinctură de iod și bals. tranquill în părți egale, dau rezultate bune. Durerile exasperante din timpul apropierii menstruelor, sunt bine combătute de *hamamelis* la interior,

In unele cazuri durerea devine permanentă și intolerabilă, mai ales d'a-lungul safenei, care nu este dureroasă spontan, ci numai la palpație ori cât de ușoară. Foarte adesea în regiunea vecină avem o iperestezie cutanată. In acest caz avem o stare neurastenică, și de sigur avem de a face cu un teren anterior nevropatic. Idroterapia rece sau prea caldă, precum și dușul obișnuit sunt proscrise, baia căldicică sau dușuri la 28⁰ în ploae sau jet foarte fin, sunt cele mai potrivite. *Effleurage*-ul venelor bolnave sau dureroase trebue făcut de mâini foarte pricepute. Când există turburări dureroase numai, se întrebuințează curenți electrici de frecuență mare în aplicație locală (de preferat manșon de sticlă) sau, efluvii. Dacă durerile sunt mai intense întrebuințăm în fiecare zi timp de 15′—20′ curenți continui de 25 —30 miliamperi aplicând o placă pe coapsă și una pe molet, fără să facem la început răsturnare sau sguduiri. In cazul acesta tratăm și atrofia musculară, pe care, dacă e predominantă o combatem și prin faradizație, timp de 10′—15′, producând sguduituri musculare distanțate pentru a nu obosì. Când întregul sistem venos devine sediul durerilor, tratamentul local se va părăsì, cel general sedativ (idroterapie, electricitate, bromur, valeriana, etc.) îi va luà cu succes de cele mai multe ori locul.

Edemul fost flebitic cele mai deseori de origină trofo-nevritică, ia cu timpul caracterele edemului elefantiazic și ascunde uneori atrofii musculare. Idroterapia, aplicația de nomol salin cald, aplicația de ape cloruro-sodice de concentrație puternică, masajul în apă curgătoare caldă, electricitatea, faradizația sau curenți continui de 30, 60, 80 și chiar 100 miliamperi timp de 30′—40′ pe zi, vor modificà turburările trofice cutanate precum și atrofiile musculare.

A. termină recomandând metoda sa, pentru a evità cele mai multe din complicațiile enumărate mai sus, cari sunt mai totdeauna rezultatul vechei metode de tratament a flebitelor, *imobilizația indefinită*. A. ŞT.

Winkelmann. Die intravenöse Anwendung der Salizylsäure bei akutem, fieberhaftem Gelenkrheumatismus. (Injecțiile intravenoase de acid salicilic în reumatismul articular acut). (*Medizinische Klinik.* 29 Junie 1905. No. 29). In 14 cazuri autorul a întrebuințat injecția intravenoasă de 2 c. c. soluție de salicylat sodiu, după formula lui Mendel,

Salicylat sodiu	8.75
Cafeină.	1.25
Apă distilată	50.—

In toate cazurile succes imediat, în ceea ce privește diminuarea durerilor, nu însă de lungă durată. O vindecare n'a putut fi obținută decât la unele din aceste cazuri. Tratamentul deci al reumatismului acut prin injecții intravenoase de salycilat, n'are avantage notabile. Totuși pentru diminuarea durerilor, injecția intravenoasă de 2—3 c. c. din soluția lui Mendel poate fi indicată, urmată de tratamentul obicinuit, pe cale bucală.

S. IRIMESCU.

MICROBIOLOGIE ȘI ANATOMIE PATOLOGICĂ

Peter Bergell u. **Albert Schütze.** Zur Frage der Antipankreatinbildung. (Formarea de antipancreatină). *(Zeitschrift für Hygiene.* 1905, Mai. L. 2, p. 303—308). Obținerea de anticorpi cu ajutorul fermenților e încă discutată. Autorii au căutat se obțină o antipancreatină. Pentru aceasta au injectat în timp de 5—6 luni subcutan la epuri la fiecare 4 — 5 zile, 0.25 — 0.30 grame de pancreatină emulsionată în 5 c. c. apă sterilă, fără se observe însă producerea de antipancreatină. La capre, rezultatele au fost de asemenea negative. S. IRIMESCU.

M. v. Eisler. Ueber Antihämolysine. (Asupra antihemolisinelor). *Wiener Klin. Wochenschr.* No. 27. 1905. In un scurt istoric amintește că Ehrlich în 1898 a observat întâiu proprietățiie hemolitice ale toxinei tetanice; în anul următor Madsen arată că toxina tetanică conține separat tetanospasmină și tetanolizină, și că unele seruri antitetanice pot neutraliză complect ambele toxine, pe când altele, tot antitetanice, nu neutralizează complect decât tetanospasmina, și foarte puțin tetanolizina. Ehrlich, apoi Kraus și Clairmont, au arătat că sângele normal de cal conține o antihemolizină; cei doi din urmă au găsit antihemolizină pentru tetanolizină, în sângele iepurelui și a porcului, și în acelaș timp au găsit în acelaș ser, diferite alte anticorpuri pentru alte diferite bacteriolizine, în proporții variabile: stafilozină, toxina vibrionilor.

M. Neisser, arată că în sângele calului antitetanolisina și antistafilolisina sunt separate, căci saturând cu stafilolisina antilisina respectivă toată puterea tetanolisinei eră conservată.

Neisser și Wechsberg, prin imunisare cu stafilolisină obțin un ser specific puternic, în care nu există deloc antitetanolizina.

Kraus și Clairmond, găsesc antihemolizine în mai toate serurile specifice (tifos, difterie, piocianeu) dar nici în unul așà de abundent ca și cel antitetanic; în serul de porc normal mai găsesc o antivibriolizină energică.

H. Sachs, precipitând serul normal de cal prin alcool obține prin evaporare un extras grăsos conținând antitetanolizine, pe când filolizina rămâne pe precipitatul albuminos; el crede că antitetanolizina e cholesterina. Detre și Sellei, cred că antilizinele sunt substanțe lipoide produse prin schimburile nutritive și ei le consideră ca antitoxine universale și nu ca substanțe specifice. Noguchi a susținut în acelaș sens că cholesterina din ser joacă un rol în neutralizarea tetanolizinei și apoi Landsteiner și Eisler au demonstrat aceleași proprietăți cu extractul eteric grăsos al globulelor roșii.

Autorul agită 1 p. ser de cal cu 3 p. eter redestilat; eterul îl imparte în eprubete și cantități anumite, îl evaporează la 40°, și cu residiul face experiențe: adaogă toxina tetanică, și după 30° de contact la etuvă, introduce 0,05 cm³ de o emulsie 5% de globulele roși de iepure spălate, în soluție de NaCl 1% până la complectarea volumului de 2 cm.³. Autorul găsește că 0,005 cm³ ser de cal proteja complect globulele roșii contra 0,0015 gr. tetanolizină, 0,05 de extract eteric dă acelaș rezultat, iar din extractul alcoolic e necesar numai 0,001 cm³. Pentru stafilolizină; contra 0,005 cm³ de stafilolizină sunt necesare 0,01 ser normal cal, iar extractele eterice şi alcoolice, primul 2 cm³ al doilea 0,5 cm³ sunt insuficiente. Pe când 0,01 ser de cal protejă contra 0,005 cm³ stafililozină, 0,5 cm³ ser de porc e insuficient; şi iarăşi când 0,05 ser de porc protejă contra 0,02 cm³ vibriolizină 0,1 cm³ ser de cal protejă incomplect. Tabelele complecte alăturate lucrării vor fi consultate cu folos).

Autorul conchide la pluritatea antihemolizinelor; cât priveşte lipoidile din sânge, studiul lor trebue reluat; în ori ce caz nu poate fi vorba de o singură substanţă, lecitină cum cred Detre şi Sellei sau cholesterina cum crede Noguchi, sau saponina (Ransom) căci Ottolenghi şi Mori au arătat că extractul obţinut prin eter etilic sau cel petroleic, conţine mai multe lipcide. BRUCKNER.

M. Ficker. **Ueber die Aufnahme von Bakterien durch den Respirationsapparat.** (Pătrunderea bacterielor prin mucoasa aparatului respirator). *(Archiv. für Hygiene*, LIII, Bd. 1 H.). Animalele tinere, de lapte, cari respiră 1—2 ore într'o atmosferă încărcată cu bacterii anumite, prezintă aceste bacterii în sânge, uneori şi în organe (ficat). Animalele tracheotomizate se comportă din acest punct de vedere ca şi cele neoperate.

La animalele adulte bacteriele inhalate nu trec în sânge sau în organe. Rezultă din aceste experienţe că nu numai mucoasa intestinală, ci şi tractul respirator infantil este permeabil pentru bacterii.

Incidental autorul relatează o serie de experienţe la epuri, arătând că microorganismele introduse pe gură ajung în căile aeriane profunde, mai des decât se presupune. G. PROCA.

M. Ficker. **Ueber die Keimdichte der normalen Schleimhaut des Intestinaltraktus.** (Permeabilitatea faţă de microorganisme a mucoasei intestinale normale). *(Archiv. für Hygiene*, LII Bd. 2 H.). Mucoasa intestinală a animalelor tinere (epuri, câini şi pisici cari sugeau încă), este permeabilă pentru bacilul prodigios şi pentru bacilul roşu dela Kiel. Trecerea din intestine în sânge şi organe se face repede, după 1—4½ ore dela ingerarea bacterielor.

La animalele adulte intestinul este mai puţin permeabil; prodigiosul a fost regăsit în organe numai la 2 din 5 câini (în plămâni) şi la 3 din 8 epuri. Bacilul megaterium, coli şi bac. roşu dela Kiel nu au trecut în organe.

Bacteriile nu străbat mucoasa stomacală, ci pătrund mai ales prin păreţii intestinului subţire, în partea sa superioară. G. PROCA.

Gosio. **Zur Methodik der Pestvaccin-Bereitung.** (Prepararea vaccinului pestos). (*Zeitschrift für Hygiene.* Iunie 1905. L, 3., Pag. 520—528.) Imunizarea activă contra pestei, cu ajutorul bacililor pestoşi omorâţi prin căldură recomandată de Ferran şi aplicată de Haffkine pe o scară întinsă, a fost preconizată şi de comisia germană trimisă în India pentru studiul pestei (1897).

Guvernul italian a instituit pentru prepararea vaccinului pestos un laborator în insula Pianosa, a cărui supraveghere o are Gosio.

Pentru prepararea vaccinului pestos, — bacili omorâți în cantități mari, — Gosio recomandă însămânțări în strat subțire pe bulion, în baloane Fernbach.

Bacilii așà cultivați sunt precipitați cu ajutorul unui ser foarte aglutinant și separați apoi de lichidul de cultură. Se sterilizează bacilii separați (o oră la 65^0).

Pentru a constatà că toți bacilii sunt omorâți, Gosio utilizează ca indicator teluritul de potasiu, în cantități foarte mici 1 : 100.000—1 : 200.000. In cazul prezenței de bacili încă în viață se produce o colorație neagră. Reacția e favorizată dacă se adaogă o mică cantitate de zahăr.

După ce s'a constatat că sterilizarea e perfectă se cântăresc bacilii. Pentru aceasta din greutatea volumului total al culturii conținând bacilii, se scade greutatea lichidului fără bacili. Diferența dă greutatea bacililor.

Două miligrame de corpi bacilari, astfel obținuți sunt după Gosio un vaccin eficace.

Vaccinul acesta a fost încercat încă din 1901 la om, cu ocazia micei epidemii din Neapoli și experimentat la cobai și șoareci de Jatta și Maggiora.

Intrebuințarea teluritului ca indicator exclude, introducerea antisepticilor în vaccin. Cantitățile de antiseptice introduse în vaccin, fenol 0.5$^0/_0$ nu sunt de altminteri suficiente ca se omoare bacilii. ci îi împedică numai în desvoltare, de unde accidente posibile după întrebuințarea unor vaccinuri astfel preparate.

S. IRIMESCU.

Gottlieb Salus. **Das Aggressin des Colibakterium mit besonderer Rücksischt auf seine spezifizität.** (Agresina colibacilului și specificitatea sa). *Wiener klin. Wochenschr.* No. 25, 1905. Pentru a obține agresina, injectează o mare cantitate de bulion în care cultivase de curând colibacilul, în peritoneul cobaiului; exsudatul găsit la moartea animalului e centrifugat și sterilizat cu toluol

Confirmă proprietățile agresinelor stabilite de Bail în cea ce privește moartea rapidă a animalelor prin injecția combinată de agresine și mici cantități de cultură.

Injectând însă agresina colibacilară împreună cu *bacili tifici,* obține moartea rapidă a cobailor, în câteva ore, pe când animalele ce primiseră numai bacil tific supravețuesc; câte în una din experiențe: cobai 175 gr. primește $^1/_{40}$ oesă tifos în $2^1/_2$ cm.^{3} soluție fiziologică, după 6 ore exsudat peritoneal, bogat în leucocite, rari bacili, după 18 ore trăește.

Cobai 190 gr. primește $^1/_4$ oesă tifos în $2^1/_2$ cm.^{3} agresină ; multe leucocite, mulți bacili după $6^1/_2$ ore, moarte în decursul nopții, în exsudatul peritoneal nu mai sunt decât microbi.

Cobai 175 gr. ia $^1/_{60}$ oesă coli în $2^1/_2$ cm.^{3} soluție fiziologică; după $6^1/_2$ ore exsudat bogat în leucocite, supravețuește.

Cobai 180 gr. ia $^1/_{60}$ oesă coli în $2^1/_2$ cm.^{3} agresină, după $6^1/_2$ ore exudat cu foarte puține leucocite, mulți bacili, animalul sucombă în decursul nopții, înainte de 18 ore, în exudatul peritoneal aproape numai bacili.

Autorul crede că a găsit o nouă probă puternică pentru stabilirea rudeniei între colibacil și bacilul tific, agresina calibacilului favorizând multiplicarea bacilului tific injectat la animale în cantităţi inofensive; dată fiind până acum stricta specificitate a agresinelor, rămâne ca în o viitoare lucrare să arate modul de comportare a bacilului tific în animalele imunizate prin agresina colibacilului. BRUCKNER.

H. Liefmann. Beitrag zum Studium der Ankylostomiasis. (Contribuţiune la Studiul Ankylostomiasei). *(Zeitschrift für Hygiene,* 1905, L, 3, pag. 349—362). Autorul a experimentat cu ankylostomul câinelui, ca se verifice ipoteza lui Loss (Cairo), după care larvele ankylostomului pătrund prin piele, ca să ajungă în intestin.

Intr'o a doua parte a lucrării sale el studiază modul de acţiune al ankylostomului, în producerea anemiei.

Metodul experimental a fost cel indicat de Loss. Pe pielea spatelui la câine, se tunde părul şi se pune una sau mai multe picături de apă conţinând larve. Se aşteaptă evaporarea apei şi $^1/_4$ oră după uscare, se spală pielea bine cu alcool absolut. După Loss larvele de ankylostom sunt foarte sensibile la desicaţie şi mor repede după ce pielea s'a uscat, aşà încât dacă se găsesc în intestin nu e pentru că au rămas încă vii pe piele, aşà în cât atunci când animalul în experienţă, să scarpină, să poată fi introduse în gură, ci pentru că din piele larvele au ajuns direct în intestin.

Liefmann a confirmat experienţele lui Loss. Foarte scurt timp, 15 minute, după ce apa s'a evaporat, mor şi larvele.

Loss şi Schaudinn au reuşit se găsească larve în diferite regiuni ale corpului, unde n'ar fi putut ajunge dacă infecţia s'ar fi făcut pe cale stomacală, confirmând astfel şi ei infecţia direct prin piele. Experienţele lui Liefmann de infecţie prin piele au fost toate pozitive. Ouă de ankylostom s'au găsit în materiile fecale, după 16—25 zile.

Infecţia la câine, n'a reuşit însă decât cu ankylostomum caninum. Cu ankylostomul omului experienţele au fost totdeauna negative.

In etiologia ankylostomiasei există o specificacitate f. mare a parazitului; maimuţa, câinele toate celelalte mamifere sunt imune faţă de ankylostomul uman.

In partea a 2-a a lucrării sale, Liefmann studiază modul de acţiune a ankylostomului în producerea anemiei lucrătorilor din mine. Ceeace caracteriză această anemie, e numărul mare de eosinofile, până la $50^0/_0$ din cifra leucocitelor.

Loeb şi Smith atribue această anemie unei substanţe anticoagulante conţinută în partea anterioară a corpului vermelui.

Loss admite existenţa unei otrăvi hemolytice secretată de glandele din partea anterioară a ankylostomului.

Liefmann examinând sângele care se află câteodată în intestinul viermilor, n'a găsit nici urmă de hemolisă. Substanţa anticoagulantă semnalată de Loeb şi Smith provine probabil din peptona şi fermenţii pancreatici care se află în intestin şi pot adera de ankylostom. In extractul ankylostomului se află atunci şi substanţele acestea, de unde efectele anticoagulante observate.

Liefmann atribue deci anemiei, o origine mecanică prin aderența ankylostomului de mucoasa intestinului şi perderilor de sânge care rezultă din această aderență. Anemia intestinală care rezultă din aceste hemoragii ar putea provocà turburări digestive şi o asimilare defectuoasă. In felul acesta s'ar puteà explicà anemia generală provocată de ankylostem.

S. Irimescu.

Loeper & Louste. **Recherches des microbes et des éléments cancéreux circulant dans le sang par l'hémolyse artificielle imédiate.** (*Arch. de Méd. Expèriment.* No. 3. 1905). Autorii inspirându-se de lucrările lui Jousset şi Lesieur, şi-au zis, că întrebuințând o emoliză activă, vor puteà pune în evidență în sângele circulant, fie microbi, fie elemente streine. Ca agent emolizant întrebuințează *alcool au tiers* a lui Ranvier: 1 parte alcool la 90⁰ şi 2 părți apă distilată sterilă. Pun o gută de sânge pentru 1 c. c. de alcool a treia parte, centrifugează şi depozitul este examinat şi însămânțat. Cu modul acesta au descoperit microbi şi cazuri de bacteriemie şi celule sarcomatoase în cazuri de neocytemie.

A. S.

P. Manteufel. **Erfahrungen mit der Gruber-Widalschen Reaktion bei Berücksichtigung der Mitagglutination von Paratyphus bazillen.** (Sero-diagnosticul tific şi aglutinarea bacililor paratifici). (*Münchener medizinische Woch.* 1905. Iulie 11. p. 1329—1331). In institutul de higienă de la Halle, M. a cercetat aglutinarea paratificilor cu serul bolnavilor de febră tifoidă, ca se verifice aserțiunile lui Grünberg şi Rolly, după cari aceşti bacili sunt aglutinați încă şi mai mult decât tificii adevărați.

Din 85 cazuri cu aglutinare pozitivă față de bacilul tific, numai în 26 (30%) au fost aglutinați şi paratificii şi în proporție totdeauna mult mai slabă decât tificul. Valoarea sero-diagnosticului rămâne deci după aceşti autori întreagă pentru diagnosticul febrei tifoide. Rezultatele lor confirmă pe cele ale lui Korte şi Sternberg (referat în No. 2 al acestei reviste p. 159).

S. Irimescu.

Rudolf Maresch. **Ueber die feinere Struktur der Negrischen körper.** (Structura fină a corpusculilor lui Negri). *Wiener Klin. Wochenschr.* No. 25. 1905. Intrebuințând impregnația cu Nitrat de Argint pentru neurofibrile, după Bielschofsky, a obținut părțile constituente ale corpusculilor colorate în negru şi dispuse în oarecare ordine: formațiunile rotunde conțin în centru un grăunte mare, înconjurat de jur împrejur de granulațiuni fine; aceasta dispoziție nu o arată numai corpusculii mari cât o globulă roşie, dar şi cei mici cari prin culorile de anilină apar ca o unitate.

Dispoziția aminteşte întru câtevà formele de diviziune ale parazitului malariei.

Corpusculii mari, ovali sau fusiformi, conțin mai multe granulații mari neregulat dispuse, cu tendință la dispoziție centrală şi cu granulații fine la periferie.

Bruckner.

Ernst Moro. **Morphologische u. biologische Untersuchungen über die Darmbakterien des Säuglings.** (*Jahrb. f. Kinderh Mai 1905*) (cercetări morfologice şi biologice asupra bacteriilor intestinale la sugaciu).

E vorba mai mult de o lucrare de punere la punct şi verificare decât de cercetări originale. Memoriul este prea special pentru a puteà fi rezumat aici dar trebue neapărat citit de toţi cei ce se ocupă cu flora normală a intestinului sugaciului.

Autorul se ratachează părerei lui Tissier anume că cea mai mare parte (aproape totalitatea) bacteriilor din scaunele normale ale copiilor de ţâţă, bacterii cari rămân colorate în albastru cu metoda lui Weigert-Escherich nu reprezintă decât o singură specie: *bacilul bifid al lui* Tissier.

Pe lângă acesta se mai găseşte în scaunele normale *în mod constant*, deşi în *mică cantitate*, şi speciile următoare: *bacteriile cu cap* (Köpfchenbacterién) bine studiate de Rodella, *B. coli commune*, *B. lactis aerogenes*, *B. butyric immobil* (B. flegmoanelor gazoase) şi *streptococul intestinal*. Pe lângă aceste specii *constante*, se mai poate izolà adese ori din scaunele *normale* ale copiilor de ţâţă dar *în mod inconstant*: *stafilococul alb*, *diplococi intestinali*, *B. putrifiens coli*, *B. butyric mobil* (amylobacter Gruber) *B. mesentericus vulgatus*, *B. exilis*, *Aktenomyces cromogenes*, *sarcina*, *oïdium albicans* şi alte *levure*.

Autorul studiază în parte toate aceste specii insistând asupra procedeelor de izolare şi de cultură particulară unor dintre ele. Lucrarea se termină printr'o bibliografie foarte complectă a chestiunei.

DR. GRIGORE IACOBSON.

E. Paschen (Hamburg). **Ueber Piroplasmose bei einheimischen Schaffen.** (Asupra piroplasmosei la oile indigene). *(Hygienische Rundschau.* 1905, Iunie.) (XV, p. 545—549) Paschen la Hamburg a putut observà prezenţa piroplasmei la miei, cu aparenţă de sănătate perfectă. In aceiaşi localitate, Glage semnalase dejà la oi, fenomene clinice cu totul asemănătoare celor din piroplasmosă.

Prezenţa de piroplasme la miei, fără să provoace fenomene morbide, e identică cu aceea a parasitului malariei la copii. Motaş e cel dintâiu care a atras atenţia asupra acestui fapt, care explică producerea imunităţii la oile adulte.

S. IRIMESCU.

Otto Porges. Ueber die Agglutinabilität der Kapselbakterien. (Aglutinarea bacteriilor capsulate). *Wiener Klin. Wochenschr.* No. 26. 1905. Până acum, cu toate încercările, nu s'a putut obţine în diluţii mari aglutinarea bacteriilor capsulate. Autorul distruge capsula microbiană pe care o crede adevărata piedică a aglutinării, în modul următor: o cultură pe agar de bacilul Friedländer e emulsionată în 10 cm.^{3} soluţie de NaCl fiziologic; filtrează prin hârtie, adaogă 2.50 cm.^{3} din $^1/_4$ soluţie acidă normală, încălzire 15′ la 80°, răcire repede, neutralizare cu $^1/_4$ soluţie normală de sodă; obţine o emulsie omogenă, care se conservă zile întregi neschimbată şi în care bacilii se arată ca bastonaşe subţiri fără capsule. Aglutinaţia o încearcă după metoda microscopică a lui Weil la 50°; după o minută până la 2 ore, apar flocoane fine ce se conglomerează, făcând la fundul eprubetei un depozit gros şi în modul acesta obţine aglutinare până la 1:500; bine înţeles cu ser specific, care de altfel se obţine uşor chiar numai prin

2 injecţiuni ; din contră, serul normal nu are nici o influenţă. Bacteriile nepreparate absorb şi ele aglutinină, dar mult mai puţină, căci dintr'un amestec de bacili normali şi ser specific, după contact la 60°, şi centrifugare, lichidul clar aglutinà bacilii preparaţi mult mai energic decât lichidul obţinut în acelaş mod din amestecul de bacili preparaţi + ser specific.

BRUCKNER.

Josef Schiffmann. Zur kenntnis der Negrischen Körperchen bei der Wutkrankheit. (Corpusculii lui Negri în turbare). *Wiener Klin, Wochenschr.* No. 25. 1905. Intrebuinţând metoda de coloraţie a lui Mann, corpusculii lui Negri apar roşii ; îi găseşte mai frecuent in cornul lui Ammon cum a indicat Negri, mai rari în bulb. Distinge 3 feluri : a) mari, rotunzi sau poligonali, conţinând în interior un mare număr de formaţiuni bine delimitate, dispuse în cerc ; b) conţinând o singură formaţiune ; c) forme omogene, cari pot fi şi foarte mici până la limita vizibilităţii.

A găsit aceste 3 forme la 2 cazuri de turbare umană şi la câini cu virus; la iepuri inoculaţi din aceste cazuri corpusculii lui Negri erau prezenţi dar cu formaţiuni mult mai mici ; inoculat dela un câine la un şoarece, coprusculii lui Negri erau foarte mici şi simplu constituiţi; dela un şoarece reinoculat la câine, incluziile celulare devin din nou mari.

Virusul trecut până la 25 ori, produce aceleaşi incluzii celulare, mai simple însă, cu unul până la doi corpusculi ; între a 40 şi 45 trecere, nu mai găseşte corpusculii lui Negri ; singur un câine, al 45-lea, aveà câtevà celule de ale lui Purkinje cu câţivà mici corpusculi.

Cu virusul fix, peste 700 trecere, rezultatele sunt negative.

Se poate conchide că prin treceri repeţite corpusculii lui Negri devin mai mici şi finesc prin a dispărea.

BRUCKNER.

R. Schilling. Contribuţiuni la diagnosticul bacteriologic al rhinoscleromului. — Bacilul difteriei în rhinosclerom. (*Archiv für Laryngologie.* 1905. Vol. 17. p. 209). Autorul examină un lucrător de 29 de ani, care de 6 luni suferă de răguşeală şi o tuse uscată. Se pune diagnosticul de probabilitate: rhinosclerom, pe baza simptomelor clinice. Se examinează mucusul nasal precum şi secreţiunea laringelui în diferite rânduri, din punctul de vedere bacteriologic. Nici odată nu s'a găsit bacilul difteriei. Se procede la luarea de sânge dintr'o vână a braţului bolnavului şi se injectează la cobai: No. I primeşte $^{1}/_{2}$ c. c. de ser + de 10 ori doze mortale de toxină difterică. No. II primeşte $^{1}/_{2}$ c. c. de ser + 50 dose mortale de toxină difterică. No. III primeşte $^{1}/_{2}$ c. c. de ser + 100 dose mortale de toxină difterică. După 3 zile murì No. III. Celelalte animale au rămas în viaţă. Nu există nici o îndoială că puterea imunizantă atât de mare a serului sângelui bolnavului se datoreşte prezenţei bacilului difteriei în nasul şi laringele bolnavului. Spre a stabilì diagnosticul de rhinosclerom se extirpează din ţesutul bolnav al vălului palatin şi din regiunea subglotică. Prin examenul istologic şi prin prezenţa bacilului rhinoscleromului în ţăsutul extirpat, se confirmă diagnosticul clinic.

EUG. FELIX.

De Waele şi **E. Sugg. Der Streptokokkenbefund bei Variola und Varizellen in Bezug auf ein differentieldiagnostisches Verfahren.** (Prezenţa streptococului în variolă şi varicelă ca un mijloc de diagnostic). *(Münchener med. Wochenschrift.* No. 25. 1905). Autorii pretind că au găsit constant în sânge un streptococ la bolnavii de variolă.

Streptococul acesta e aglutinat prin serul varioloşilor şi al vaccinaţilor; aglutinarea e specifică, de oare ce nu se observă cu streptococi de altă provenienţă În veziculele de *varicelă* autorii aŭ izolat de asemenea un streptococ, care se diferenţiază prin aglutinare de streptococul din variolă şi e aglutinat numai de serul bolnavilor de varicelă.

Autorii nu stabilesc numai decât o relaţie etiologică între aceşti streptococi şi variola sau varicela cu atât mai mult că ei sunt complect nepatogeni pentru animale, dar atribue prezenţei lor o oare care importanţă în diagnosticul cazurilor dubioase. Ei citează cazuri în cari aglutinarea faţă de acest streptococ, a permis stabilirea diagnosticului de variolă şi varicelă.

S. Irimescu.

Wassermann u. C. Bruck. Ueber den Einfluss der Bildung von Eiweisspräcipitinen auf die Dauer der passiven Immunität. (Asupra influenţei formării de precipitine pentru durata imunităţii pasive). *Zeitschr. f. Hyg.* 1905 Maiu L, 2, p. 309—316. De obiceiu imunitatea pasivă, obţinută în urma injecţiunii serurilor imunizante, durează numai 2 săptămâni.

Behring şi elevii săi Ransom şi Kitashima observaseră că durata aceasta poate fi prelungită, când se injectează în locul unui ser heterolog, provenind adică dela indivizi de specii diferite, un ser homolog obţinut dela indivizi de aceeaşi specie.

Formarea de *precipitine*, produse după injecţia de seruri heterologe, ar fi cauza pentru care după Dehne şi Hamburger, imunitatea pasivă e de aşà scurtă durată.

Pfeiffer, Friedberger, admit însă producerea de antiamboceptori ca se explice fenomenul acesta Chestiunea are şi un interes practic de oarece dacă e vorba numai de formarea de *precipitine*, ca să explice durata scurtă a imunităţei, s'ar puteà preparà seruri, cu cari fenomenele acestea de precipitaţie, să nu se mai producă.

Wassermann şi Bruck au făcut o serie de experienţe ca se elucideze acest punct.

Pentru aceasta au tratat epuri mai întâiu cu ser normal de capră, în scop de a obţine dela epure, un ser care să precipite substanţele albuminoide din serul caprei.

O altă capră a fost imunizată contra bacilului tific.

Serul antitific obţinut dela capră, tratat cu serul de epure, preparat cum am spus mai sus, în scop de a separà precipitinele, a fost încercat comparativ cn seruri antitifice obişnuite, pentru a vedeà cu care imunitatea obţinută e mai de lungă durată.

Rezultatul experienţelor a fost că imunitatea pasivă are aceiaşi scurtă durată şi cu un ser şi cu altul aşà încât nu precipitinele intervin ca se împiedice o imunitate mai lungă.

După W. și B. introducerea unui ser străin în organism provoacă formare de antiamboceptori adică, că independent de substanțele albuminoide ale serului, substanțele specifice dau naștere la formarea de anticorpi.

S. IRIMESCU.

Wassermann u. Citron. Ueber die Bildungstätten der Typhusimmunkörper (Asupra locului de formațiune a substanțelor imunisante tifice). (*Zeitschrift f. Hyg.* 1905. L, 2, p. 331—348). Experiențele anterioare ale lui Wassermann și Takaki, făceau să creadă că organele hematopoetice: măduva oaselor, splina și ganglionii limfatici, sunt locul de producție al substanțelor imunisante tifice, întocmai după cum stabiliseră și pentru choleră Pfeifer și Marx.

Bacilii injectați — oricare ar fi ei — ajung însă mai întâiu în organele hematopoetice și de aceea celulele acestor organe produc ele, în primnl rând, anticorpi.

Celelalte celule din organism, ar puteà însă și ele se producă substanțe imunisante, după cum rezultă din experiențele lui Römer, cu abrina.

In urma tratamentului local al unui ochiu cu abrină, numai la locul tratat se produc anticorpi.

Wassermann și Citron au voit se dovedească producerea de antitoxine direct de epiteliile pleurale și peritoneale.

Pentru aceasta au injectat la epuri, culturi de tific în plevră, în peritoneu și intravenos.

Exsudatele în plevră le-au obținut câtva timp în urma injecției, cu ajutorul aleuronatului.

Din cercetările făcute, W. și C. au constatat că valoarea bactericidă a exsudatelor erà mult mai mare de cât a serului sanguin, așà în cât dovada după ei erà făcută: producerea de anticorpi nu e un privilegiu al organelor hematopoetice ci are loc și în celelalte celule din organism.

Leucociții, cari fără îndoială pot produce substanțe imunisante, nu sunt după W. și C. cauza augmentării valorei bactericide a exsudatelor, de oarece exsudate pleurale foarte bogate în leucociți, obținute cu aleuronat, conțin mult mai puțini anticorpi de cât serul sanguin sau de cât exsudatul peritoneal sărac în leucocite obținut după injecția de bulion, atunci când bacilii s'au introdus pe altă cale de cât direct prin plevră, în organism.

Pentru a dovedì producerea de anticorpi și de către celulele conjonctive, autorii injectează bacili tifici omorîți (două oese) sub cutan, în urechea unui epure și leagă apoi urechea cu un tub de cauciuc în timp de 2 ore.

Zece zile în urmă se determină valoarea bactericidă a serului și se amputează urechea.

După mai multe săptămâni se determină din nou valoarea serului, pentru a vedeà dacă amputația urechei — locul de producere a serului în concepția lor — n'a făcut să scadă această valoare, și într'adevăr ei constată o diminuare simțitoare.

W. și C. ajung la conclusia că diferitele celule ale organismului pot produce substanțe imunizante.

Imunitatea aceasta locală, a fiecărui țesut în parte ar explicà după acești autori, pentru ce după febre tifoide şi cholera, microbii specifici pot se persiste în intestin, fără să producă nici un fenomen morbid.

S. IRIMESCU.

W. Wechselmann. u. **W. Loewenthal.** Zur Kentniss der Spirochaete palida. (Studii asupra spirochetului palida). (*Medizinische Klinik*, 1905, Iulie 23, I. p. 838—841). După tratamentul mercurial, autorii au văzut deseori în loc de formele lungi ale spirochetului, forme scurte provenind din distrugerea parazitului.

In afară de spirochet, Loewenthal a observat în productele sifilitice alte forme parazitare, care după el ar fi în legătură genetică cu spirochetul.

Formele găsite sunt unele cilindrice şi altele recurbate. Cele dintâiu au $2^1/_2-3\,\mu$ lungime, $^3/_4\,\mu$ grosime, se colorează in albastru cu Giemsa şi posedă 1—4 granulaţii roşii-violet de cromatină.

Formele recurbate au aceeaşi lungime, sunt însă cevà mai groase şi capătă o coloare roşie-albastră cu Giemsa. In mijlocul lor se constată o masă cromatică roşie-violetă, din care poate rezultà prin divisiune 2—4 nuclei.

Autorii apropie formele acestea de forme identice găsite la alţi spirocheţi din regiunea genitală, din materiile fecale şi din cavitatea bucală.

S. IRIMESCU.

Brault & Tanton. Etude clinique et anatomo-patologique d'une tumeur paradoxale. Este vorba de o tumoare în formă de ciupercă, desvoltată în regiunea metatarsiană la un indigen algerian. Tumoarea pediculată puteà fi luată drept un caz de botryomicoză, eroare, cu atât mai îndreptăţită cu cât pe cupe se puteà vedeà stafilococi în grămezi şi culturele făcute au dat stafilococi. Totuşi examenul microscopic practicat a arătat că autorii aveau aface cu un sarcom melanic fuso-celular pe cale de sinucidere, de oare ce pediculul fibros strangulase vasele nutritive. Faptul paradoxal consistă în vindecarea complectă, fără recidivă a bolnavului, lucru curios, fiind dat malignitatea sarcomului melanic.

A. S.

Delamare et Lecène. Deux observations de sarcomes kystiques sous cutanés. *Arch. médec. Expériment.* No. 3, 1905. Autorii raportează despre 2 tumori subt cutanate, de natură sarcomatoasă, care au devenit kystice în urma fenomenelor de degenerescenţă celulară şi hemoragii interstiţiale. După figurile autorilor se vede în mod vădit că avem aface cu un endothelium. Dar autorii bazaţi pe Brault Burkhardt şi chiar pe figurile lui Borst, neagă existenţa endotheliumului şi nu admit decât calificativul de Sarcom.

A. S.

H. Ludwig. Ueber primäre maligne Degeneration der Zystichen embryoiden Geschwülste der Ovarien (degenerecenţa malignă primară a tumorilor chistice embrionare ale ovarului). *Wiener Klin. Wochenschr.* No. 27. 1905. De obiceiu tumorile dermoide sunt considerate ca benigne; nu rar însă se observă degenerescenţe carcinomatoase sarcomatoase, tumorile cu epiteliu pavimentos predominînd; cum însă Krukenberg a făcut deosebire între degenerescenţa primitivă a tumorii, sau combinaţiea ei cu o tumoră malignă pornită din ovar (autorul admite că chistele dermoide sunt surorile gemene transformate, ale purtătoarei tumorii, părere emisă de Marchand şi Bonnet), Ludwig reià studiul lor, arătând dificultatea punerei diagnosticului, nu numai a originei, dar chiar şi a tumorii; examinează 17 cazuri de cancer pavimentos cunoscute în ştiinţă, la care adaogă unul personal, apoi un caz cu cancer cilindric şi două de sarcome.

Cum aceste tumori sunt observate târziu, ele ating mărimi însemnate; tumorile cu degenerescenţa carcinomatoasă, cât timp nu sunt preà înaintate, au un aspect caracteristic: în peretele lor se găseşte un nodul, rotund sau oval, la secţiune cu aspect fibros sau alb cenuşiu cu o consistenţă medulară; rare sunt cazurile când neoplasia infiltrà o mare întindere din perete; în un singur caz s'a produs o ulceraţie carcinomatoasă, care a perforat rectul, pe unde s'a şi vidat tot chistul.

Creşterea eteroplastică a celulelor epiteliale pleacă când din epiteliul chistelor, când din stratul lui Malpighi al epidermului; în cazurile de sarcom din ţesutul conjunctiv al chorionului sau din peretele vaselor.

Vârsta cea mai propice e între 45 şi 50 ani; din toate cazurile numai două nulipare, dintre cari una virgină; celelalte în total au avut 67 copii; observaţia personală foarte pe larg şi instructivă. BRUCKNER.

Prof. Mayet. De la Pathogénie du Cancer. (*Archives de Médec. Expériment.* No. 3. 1905). Autorul după ce raportează pe scurt cazurile de transmisiune de tumori dela om la animale (Langenbeck, Goujon, Francotte et Richter, Firket, Jensen, Boinet, Dagonet & Mauclaire şi ale lui însuşi 1893), raportează o nouă serie de experienţe:

1) Făcând să macereze 24 ore o tumoră a sânului, în glycerină, i se adaugă 3 părţi apă, se inoculează un guzgan alb care fu sacrificat după 11 luni şi prezentà în rinichiu nişte noduli compuşi din celule epitheloïde cu nucleu mare.

2) 200 gr. de un sarcom subt-pleural este triturat fin — macerează 24 ore în apă, — e filtrat pe filtru de porcelan, şi filtratul injectat la 20 de guzgani, dintre cari unul singur prezintă la autopsie un cancer epithelial al rinichiului.

3) Un myxo-adenom al sânului inoculat la şoareci albi, dă după 10 zile (?) tumori ale ficatului pe cari Regaud le consideră ca ţesut format de leucocite pe cale de resorbţie, dar pe cari Ball şi autorul le consideră ca un carcinom alveolar.

4) Tumoră a coapsei de natură necunoscută, triturată injectată la guzgani albi. Trei dintre guzgani prezintă o tumoră a ficatului. Tumoarea unuia este pusă la macerat, apoi filtrată şi inoculată la un nou guzgan, care prezintă pe bordul liber al ficatului un nodul alb, care examinat, este un carcinom alveolar.

5) Tumoră sternală recidivă a unui sarcom thyroïdian, triturată injectată la guzgani dă nişte tumori ale epiploonului, care după figurile raportate par a fi inflamatori, deşi alta este părerea autorului.

6) Autorul raportă că de 14 ori a întâlnit la guzgani în experienţă ulceraţiunii renale şi de 4 ori kyste.

7) 31 de guzgani a căror moarte nu poate fi atribuită de cât intoxicaţiunii prin producte canceroase.

Acest lung memoriu de 40 pagini, publicat de o revistă serioasă, l-am raportat în întregime, spre a arătà mai cu seamă lipsa-i de spirit ştiinţific. Nici o experienţă nu e făcută cu martori, nicăeri nu se vede un plan bine început. Autorul când filtrează, când nu filtrează, aşà în cât absolut nimic nu e de reţinut din punct de vedere experimental. Ba ceva mai mult, când faptele nu-l favorizează, atunci e gata de a da o interpretare contrarie, cum e în cazul reportat cu Regaud, care e un observator serios şi cinstit.

A. S.

H. Ravenna. **Sur les tumeurs endothéliales.** *Arch. de Médec Expér.* No. 3, 1905. Contrariu părerilor lui Delamare şi Lecène (în acelaş volum) autorul admite existenţa endotheliului. Dă 3 observaţiuni şi o bogată bibliografie — expune ideile lui Borst asupra endotheliului şi argumentele contrarii perfect expuse a lui Borrmann. Din cele 3 cazuri -- pentru cele 2 dintâiu — tumori desvoltate în ganglion lymphatic -- şi la rădăcina coapsei -- organe neavând ţesut epithelial — diagnosticul de tumoare endothelială se impune — prima condiţie a unui endotheliom fiind de a se dezvoltà într'un organ căruia ţesutul epithelial să-i lipsească. A 3-a observaţiune relatéză despre un endotheliom al ovarului plecând din endotheliul vaselor limfatice.

Pentru a face diagnosticul de endotheliom, autorul recomandă:

1) Maldările de celule triangulare sau cu extremităţile lungite—fără limite netede — căci celulele sunt sau prea vecine — sau topite împreună formând grămezi protoplasmice cu multi nuclei.

2) Prezenţa celulelor asemănătoare cu cele neoplazice dealungul păreţilor sinusurilor sau spaţielor limfatice, astfel încât să dea imagini tubulare cu lumina ocupată de celule asemenea cu cele ale păreţilor şi deseori în continuitate cu ele.

3) Raporturile între celule şi elementul conectif să fie astfel încât să deà imaginea unei răţele de fibre conective care ar fi fost secundar invadate de elemente neoplazice care înaintează greu şi au tendinţa de a le traversà.

Când pe lângă aceasta ne aflăm şi faţă de un organ (de ex. ganglion limfatic) în care ţesutul epithelial lipseşte — diagnosticul de tumoare endothelială se impune după autor.

A. S.

MEDICINA LEGALĂ.

P. Marie et **O. Crouzon.** **De l'apoplexie tardive traumatique (son importance au point de vue médico-légal).** *(Semaine médicale* No. 28, 1905). Autorii consideră ca apoplexie tardivă traumatică accidentele cerebrale apoplectiforme, cari survin târziu după traumatism, excluzând complicaţiile cicatriciale, accidentele de origină infecţioasă (meningo-encefalita, abces al creerului) precum şi manifestaţiile de istero-traumatism. Următorul caz a fost observat de autori: Un birjar într'o ciocnire violentă, cade jos de pe capră; poate, cu toate acestea, să mai facă o cursă, după care se întoarce acasă, având dureri de cap, şi amintindu-şi vag de cele petrecute. Cefalea deşi persistă pare că se atenuiază. In dimineaţa zilei a VI-a, când se deşteptă, se constată că are emiplegie dreaptă cu afazie, apărute cu siguranţă în somn. Bolnavul stă în pat 3 luni având crize cu pierderi d cunoștință și tremurături ale brațelor și mâinelor, în special din partea dreaptă. Urina conține 2.50 gr albumină la $^0/_{00}$. Autori examinează bolnavul de mai sus după 15 luni și constată urmele nete ale unei emiplegii drepte cu afazie sensorială, albuminuria persistă și determinase leziuni întinse de chorio-retinită. Nefrita până atunci latentă, începe să apară (edem al gambeler, dispnee, etc.) Leziunea renală, existând înaintea accidentul i, probabil a fost o cauză predispozantă pentru leziunile vasculare post-traumatice tardive ale encefalului. Reunind acest fapt cu cele analoge semnalate în literatura medicală, autorii cată să stabilească drept caractere esențiale ale acestei forme de accidente cerebrale: o apoplexie urmată de emiplegie, apărând târziu după traumatism, ceea ce ar putea face să se excludă ori-ce acțiune directă a violenții exterioare. Timpul până când poate survenì apoplexia, variază putând să ajungă până la 4 săptămâni. Autopsiile au arătat cele mai deseori emoragie cerebrală; ruptura vasculară făcându-se în mijlocul unui focar de ramolisment prin tromboza capilarelor. Predispoziția (alcoolismul, albuminuria în cazul de față), joacă un rol important în producerea emoragiei.

Din punct de vedere medico-legal această cestiune prezintă un interes deosebit, mai ales în accidentele de lucru. Expertul va trebuì să țină socoteală de predispoziție și de accident în sine, cătând să stabilească partea ce se cuvine fie-căruia în geneza apoplexiei tardive traumatice. A. ȘT.

NEUROLOGIE ȘI PSIHIATRIE

Gilbert Ballet et **Laignel Lavastine. Un cas d'acromégalie avec lésions hyperplasiques du corps pituitaire, du corps thyroïde et des capsules surrénales.** *(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.* No. 2. 1905). Un caz tipic de acromegalie la o femee de 70 ani. La necropsie se constată o tumoră pituitară formată de o proliferare foarte însemnată a celulelor glandulare. Glanda cântăreà 4 grame. Ipertrofia nu interesà decât lobul anterior. In plus exista o ipertrofie foarte insemnată a corpului tiroid care cântăreà *115 grame*. Microscopicește leziunile tiroidiene constau în scleroză cu proliferare foarte însemnată a epiteliului veziculelor. Același proces hiperplazic există și în capsulele suprarenale.

După acest studiu anatomopatologic, autorii se ocupă cu patogenia acromegaliei. Există cazuri de leziuni ale ipofizei fără acromegalie, deci nu orice leziune e în stare să provoace această stare morbidă. Unii autori au publicat cazuri de acromegalie fără leziuni ale ipofizei, dar Ballet și Laignel Lavastine le pun la îndoială, căci nu admit acromegalie fără dilatația șelei turcești și deci fără participarea ipofizei. Ipertrofia pituitară e pentru acești doi observatori un factor *necesar*, dar nu suficient, al acromegaliei. Leziunile constatate în cazul acesta și în altele, conduc pe autorii acestei lucrări să admită că acromegalia pare a ține mult mai mult de o exaltațiune decât de o insuficiență hipofizară. Așà s'ar explicà coexistența acromegaliei cu gușa exoftalmică care ține de o iperfuncțiune tiroidiană. Cazurile de coexistență a acromegaliei cu mixedemul sau maladia lui Addison s'ar explicà prin epuizarea ce succede iperfuncţiunii unor glande sau printr'o iperfuncţiune a altora (ipofiza) consecinţă a insuficienţei celorlalte (tiroidă, suprarenale). Autorii anunţă că au întreprins pe iepuri experienţe pentru a studià consecinţele hiperipofiziei. Alte glande, ca cea tiroidă, par să aibă şi ele un rol important în producerea acromegaliei. Plexurile coroide erau presărate de numeroase granulaţiuni calcare, relativ la cari Ballet şi Lavastine se întreabă dacă nu e vorba de un proces reacţional, analog cu cel din tiroidă şi suprarenale, proces avortat şi urmat de calcificaţie. Participarea aceasta comună a glandelor, nu poate fi decât urmarea unui *proces humoral*. Dacă acesta e sub dependinţa imediată a hiperipofiziei, sau aceasta ca şi celelalte ipertrofii glandulare, nu e decât consecinţa unui proces primordial independent şi unic? Imposibil de răspuns astăzi. Dacă începem să pătrundem în mecanismul fiziopatologic al acromegaliei, etiologia ei ne e din contră cu totul necunoscută.

C. PARHON.

L. Bard. De l'inversion unilatérale du phénomène des orteils dans un cas de paraplégie pothique. (*Revue Neurologique*. No. 10 1905). (Observaţiunea anatomo-clinică a unui caz de morbul lui Pott.) Bolnavul prezintă semnul lui Babinski foarte net la piciorul stâng. La cel drept în loc de extensiunea degetului mare există o flexiune lentă şi izolată a acestui deget care nu amintea de loc flexiunea bruscă şi paralelă cu a celorlalte degete cari constitue reflexul plantar normal.

Nimic în rezultatele examenului anatomo-patologic nu explică deosebirea între reflexul plantar stâng şi drept în cazul de faţă. Cliniceşte nu există altă deosebire decât o deformaţiune a piciorului drept, datorită unui traumatism şi constând în exagerarea boltei plantare, cu coborîrea părţii anterioare a piciorului, ridicarea calcaneului şi subluxaţia în extensie a degetelor.

Profesorul din Geneva vede în flexiunea lentă şi izolată a degetului mare a piciorului drept o inversiune a semnului lui Babinski şi pe baza acestui fapt, crede că în mecanizmul producerii fenomenului degetelor, trebue să se ţină seama şi de condiţiunile periferice. Tot astfel în variaţiunile şi anomaliile semnului lui Babinski nu trebue să se caute cauzele şi raţiunea lor de a fi exclusiv în localizaţiunile centrale ale leziunilor.

C. PARHON.

R. Cruchet. Sur l'amblyopie hystérique mononucléaire et sa disparition dans la vision binoculaire. (à propos d'un nouveau cas). (*Archives de Neurologie*. Mai 1905). Autorul studiază cu multiple experienţe, condiţiunile apariţiei şi dispariţiei ambliopiei isterice la o copilă de 14 $^1/_2$ ani, ce prezentă turburări de vedere ale ochiului drept cu micropsie şi discromatopsie. Rezultatele lui Cruchet confirmă pe acelea ale autorilor precedenţi asupra dispariţiei ambliopiei în timpul vederii binoculare. Dar ochiul stâng fiind mascat, se constată totuşi dispariţia ambliopiei la cel drept, chiar în afară de vederea binoculară prin urmare. Ambliopia dispare de îndată ce se deschide ochiul sănătos şi lumina albă poate să ajungă la el. Din contră, imediat ce bolnava închide ochiul stâng, ambliopia reapare. «Ambliopia monoculară isterică ar fi deci *funcţiune a ocluziunei* ochiului sănătos.» Această ocluziune produce însă ambliopia, nu prin acţiuni motrice, ci prin intercepţiunea razelor de lumină albă cari nu mai pot să ajungă ochiul. Razele colorate nu împedică apariţiunea ambliopiei.

C. PARHON.

G. Daddi. Sulla corea cronica progressiva. (*Rivista di patologia nervosa e mentale.* No. 4. 1905.) Două observaţiuni anatomo-clinice de coree cronică. Alteraţiunile cerebrale constau într'o diminuare numerică a celulelor ce predomină în regiunea psihomotrice, în alteraţiunea celulelor şi fibrelor, proliferare a nevrogliei şi scleroză a vaselor. Autorul a întâlnit infiltraţiunea celulară descrisă de Lannois, Paviot şi Mouisset, Keraval şi Raviart, Kattwinkel, Stier şi care pentru aceşti autori ar da loc turburărilor coreice. Daddi nu e de această părere, căci această infiltraţiune celulară se găseşte şi în senilitate. Ţinând pe de altă parte seamă de frecuenţa eredităţii similare sau polimorfe ca factor etiologic şi de faptul că debutul boalei e adesea produs de o emoţiune, crede cu Müller, că punctul de plecare al coreei cronice trebue căutat într'o leziune celulară şi că celelalte alteraţiuni sunt secundare.

C. PARHON.

G. Deny et **P. Camus. Sur une forme d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps.** (*Revue Neurologique.* No 9, 1905). Observaţiunea unei bolnave fără delir, dar obsedată de a-şi atinge necontenit diferitele regiuni ale corpului pentru a se convinge de propria sa identitate şi de starea şi poziţiunea, în care se găsesc diferitele părţi ale corpului său. Geneza acestei obsesiuni îşi avea locul într'o turburare particulară a cenesteziei. Bolnava îşi descrià singură starea în modul următor: «Nu mă mai simt ca mai înainte, nu îmi mai simt capul, nici membrele, nici părul. Trebue să mă pipăi necontenit pentru a şti cum sunt. Când ating un obiect, mi-se pare că nu sunt eu aceea care simte». Culcată în pat nu-şi mai dă seama unde îi e trunchiul, membrele, etc. Cu gura închisă nu mai simte unde îi e limba. Gustul, mirosul, auzul, nu îi mai sunt ca mai înainte. «Persoanele şi lucrurile, — zice bolnava — îmi fac efectul de fantome ca şi când n'ar fi reale.» Bărbatul, copiii săi proprii nu îi mai par reali şi nu mai deşteaptă în ea nici o impresie. Rămâne indiferentă la toate, afară de starea ei, de care e conştientă şi care o face să sufere mult, preferând să moară de cât să continue astfel.

Acelaş văl acopere amintirile şi bolnava e incapabilă să 'şi reprezinte figura rudelor ei, interiorul casei sale, etc.

Obiectiv nu se constată însă turburări de sensibilitate.

Autorii interpretează cazul acesta în modul următor: Mai întâiu admit cu Wernicke şi Storch că în concepţiunea personalităţii noastre intervin nu numai sensaţiunile interne ci şi cele externe. Pentru orice percepţie e necesitate de o adaptaţiune a organelor sensitive şi sensoriale. Această adaptaţiune dă şi ea însă loc la sensaţiuni interne. Numai când aceste sensaţiuni interne se asociază cu cele externe, percepţiunea e integră şi ne dăm seama că noi suntem cei cari simţim. In cazul lor, Deny şi Camus admit o disociaţie între elementul specific al percepţiilor şi reprezentaţiunilor şi elementul sensitiv organic al acestora. Primul e intact, de aceea bolnava continuà să vadă, să recunoască obiectele etc. Elementul organic lipseşte însă, de unde impresiunea de incomplectitudine, de nerealitate a percepţiilor şi aceea de dispersonalizaţiune, pe care o are bolnava. Deficitul sensitivopsihic prezintat de această bolnavă, zic autorii lucrării, se poate considerà ca o varietate de hypocenestezie legată de absenţa sau de neutilizarea de către conştiinţă a sensaţiunilor organice, asociate în mod normal la percepţiile noastre sensoriale.

C. PARHON.

Iulius Donath. **Wiederkehr des kniephänomens bei Tabes dorsalis, ohne Hinzutreten von Hemiplegie.** (Reapariţia reflexului rotulian în tabes fără instalarea unei hemiplegii) (*Neurologisches Ceutralblatt.* No. 12 1905.) Un oare care număr de autori ca Jackson şi Taylor, Goldflam. Dercum, Westphal, Mamlock, Cayla au văzut cazuri de tabes dorsal în cari reflexul rotulian dispărut reapăreà prin survenirea unei hemiplegii. In cazul lui Donath reflexul reapăru odată cu ameliorarea altor fenomene şi fără apariţiunea nici unei leziuni, a căei piramidale. Autorul crede că absenţa reflexului s'a datorit unei leziuni reparabile a arcului reflex. Reapariţiunea reflexului rotulian trebue pusă alături cu dispariţia fenomenelor pupilare sau a turburărilor de sensibilitate, cari de asemenea au fost observate în unele cazuri de tabes dorsal.

C. PARHON.

Gruner et **Bertolotti.** **Syndrome de la calotte pédonculaire hémiplégie alterne sensitivo-motrice. Paralysie des mouvements associés de l'élévaton, de l'abaissement, de la converVergeance des deux globes oculaires, avec atteinte de la musculature interne des yeux et conservation parfaite des mouvements associés de la bilatéralité.** *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.* No. 2. 1905). Autorii au avut ocaziunea să observe două cazuri în cari bolnavii au prezentat sindromul indicat în titlul lucrării. In cazul al doilea s'a putut face şi examenul anatomo-patologic, găsindu-se un tubercul situat în regiunea centrală a calotei şi înglobând substanţa griză a aqueductului, obstruând canalul central şi distrugând nucleii motorului ocular comun şi pateticului. O zonă de ramolisment vecină cu neoplasia, interesează în stânga fasciculul sensitiv şi tuberculul quadrigemen anterior. Un mic tubercul cât un bob de mazăre există în stratul optic stâng. Piciorul pedunculului cerebral stâng e puţin redus de volum. Turburările de motilitate şi sensibilitate în cazul acesta erau în partea dreaptă. Primele constau mai cu seamă în atetoză, incordinaţiune şi în asinergie deşi forţa musculară erà diminuată. Pentru interpretarea fenomenelor oculare şi în special a persistenţii mişcărilor de lateralitate, Gruner şi Bertolotti admit împreună cu Duval şi Laborde existenţa de fibre directe ce vin dela nucleul motorului ocular extern şi ajung la dreptul intern de partea opusă prin intermediul motorului ocular comun. De fapt, autorii italieni au găsit în cazul lor persistenţa unui număr de fibre normale, ce plecând dela fasciculul longitudinal posterior, intrau în nervul de a III-a pereche, deşi nucleul acestuia era complect distrus. Trebue deci să se facă de aci înainte deosebirea între paraliziile tronculare şi cele nucleare a oculomotorului comun. Un alt fapt semnalat de autorii italieni în cazul lor, e deosebirea de temperatură de aproape 1° între membrele de partea paralizată şi cele opuse şi ei se întreabă dacă aceasta n'ar fi datorită leziunii tuberculului quadrigemen stâng, căci aceste organe ar fi pentru Ott în conexiune cu centrii termolitici. (E posibil însă ca deosebirea de temperatură să ţină de leziunea stratului optic, căci într'un caz observat de mine şi comunicat împreună cu Papinian la Societatea de Neurologie din Paris, o deosebire de temperatură analoagă n'a putut fi explicată decât prin leziunea stratului optic găsită la necropsie). Durerile intense de partea dreaptă, cari prezenta şi turburări de sensibilitate obiectivă, erau datorite tuberculului din stratul optic. Bolnavul prezentà pe lângă celelalte simptome un grad însemnat de exolftamie, datorită relaxării paralitice a muşchilor drepţi.

C. Parhon.

P. Koiundjy. La crampe professionnelle et son traitement par le massage méthodique et la réeducation. *(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.* No. 2. 1905). O lucrare interesantă, consacrată mai cu seamă tratamentului atât de dificil şi în general atât de puţin eficace al crampelor profesionale. Autorul stabileşte că în asemenea cazuri există de regulă o ipertonie a flexorilor şi o ipotonie a extensorilor. Tratamentul va trebuì să restabilească tonicitatea extensorilor diminuând pe a flexorilor. Masagiul, kinesiterapia şi reeducaţiunea mişcărilor profesionale (scriere, cântarea la pian sau cu vioara, etc.), sunt baza acestui tratament. Masagiul va fi practicat numai asupra extensorilor pentru a nu mărì decât tonicitatea acestora. Va fi la început uşor, în urmă mai forte, evitându-se însă practicele prea violente. Kinesiterapia va constà în ridicarea cu ajutorul ultimelor falange ale degetelor, a unor greutăţi progresive, începând cu 50 grame şi crescând treptat până la 300—400 gr. Alte exerciţii ce se pot varià mai mult sau mai puţin, vor fi făcute în vederea aceluiaş scop: mărirea contractilităţii extensorilor. In fine, reeducaţiunea mişcărilor profesionale, a scrisului spre exemplu, va venì cea din urmă. Se va începe prin a face pe bolnav să execute linii simple, recomandându-i ca după fiecare mişcare să întingă în cerneală pentru a nu da timp contracturii flexorilor să se stabilească. Tot astfel, mai târziu, literile mai complicate le va executà în 2—3 timpi. Se va recomandà bolnavului în acelaş scop să scrie cu mâna răsturnată, ceeace cere o mai puţină activitate din partea flexorilor. Mai târziu se va permite bolnavului a executa litere, silabe sau cuvinte, fără a face întreruperi între ele. Tratamentul durează în medie 2—3 luni, dar se recomandă şi după acest timp să se mai facă şedinţe de reeducaţiune săptămânale, bimensuale sau lunare, căci posibilitatea recidivelor nu e exclusă. In fine nu se va uità că aceşti bolnavi sunt în genere nişte psihopaţi şi se va căutà a utilizà sugestibilitatea lor pentru reuşita mai bună şi mai persistentă a tratamentului.

C. Parhon.

Reinhold Kutner. Die Lumbalpunction in der Diagnostic von Nerven und Geisteskrankheiten und ihre Bedeutung für die allgemeine Praxis. (Poncţiunea lombară în diagnosticul maladiilor nervoase şi psichozelor). (*Medizinische Klinik*,1905, Iulie. 1 p. 752–755). **Kutner**, în azilul de alienaţi de la Breslau, a confirmat valoarea puncţiunei lombare în diagnosticul psichoselor şi afecţiilor nervoase. Din 26 cazuri tabes puncţionate, n'a avut decât un singur rezultat negativ şi încă şi acela la a 2-a puncţiune a fost pozitiv. Importanţa acestui fapt e cu atât mai mare, cu cât în tabes, limfocitoza lichidului cefalo-rachidian pare stabilit că este primul semn obiectiv. Pentru paralizia generală, autorii francezi admit aceeaşi precocitate în apariţia limfocitozei.

Prezenţa însă de limfocite n'are o valoare patognomonică pentru tabes sau pentru paralizie generală.

Sifiliticii vechi pot s'o prezinte. E de remarcat pe urmă, că nu ori ce psichosă cu fenomene tabetice e o paralizie generală, de oare ce tabesul poate fi asociat cu o psichosă de altă natură decât paralizia generală. Autorul citează un caz de asociaţie a tabesului cu confusia acută. Puncţia lombară pozitivă făceà să creadă că era vorba de o paralizie generală. Pronosticul evident că ar fi fost cu totul altul, cu mult mai benign, dacă se făceà diagnosticul exact dela început. In asociaţie cu neurastenia, tabesul prin el singur, dà de asemenea limfocitoză În cazul acesta neurastenia poate fi luată drept paralizie generală.

Trebue în fine reamintit că şi în alte afecţiuni ale sistemului nervos central: scleroză în plăci, traumatisme craniene, apoplexii, limfocitoza poate sà existe.

Sunt însă paralizii generale cari debutează prin atacuri congestive absolut identice cu apoplexiile.

Autorii francezi au atras atenţia asupra faptului că numai când e vorba de o apoplexie (hemoragie sau ramolisment) de origină sifilitică, se observă o limfocitoză. In cazurile de sifilis cerebral, limfocitoza e foarte slabă sau neexistentă (Nissl).

Autorul semnalează că sunt în literatură 4 cazuri citate de alcoolizm cronic cu limfocitoză. In general însă în alcoolizmul cronic, limfocitoza nu există Ţinând seama de toate aceste cauze de eroare, valoarea diagnostică a puncţiunii lombare rămâne totuşi destul de mare, pentru diagnosticul mai cu seamă al paraliziei generale. S. IRIMESCU

M. Lannois et **Hugues Clément. La trépidation épileptoïde du pied pendant l'anesthésie.** (*Revue Neurologique.* No. 10. 1905 Juin.). Un studiu interesant asupra reflexelor în timpul anesteziei generale, pe care autorii îl rezumă în concluziunile următoare:

1) In anestezii se observă mai întâiu dispariţia sensibilităţii reflexelor cutanate şi oculare. Reflexele rotuliane încearcă din contră o exagerare înainte de a dispare,

2) Clonusul piciorului nu se comportă la fel cu reflexul rotulian, el incepe a se exagerà după câtevà minute dela dispariţia reflectivităţii oculare, dar în loc de a se atenuà in cursul anesteziei, merge crescând şi persistă chiar după deşteptarea bolnavului.

3) Această exagerare a trepidaţiei epileptoide e complect independentă de

starea tonicității musculare, părând a-și aveà maximul în timpul rezoluțiunii complecte.

4) Centrul clonusului e probabil intermediar între centrii reflexelor tendinoase și centrii reflexelor organice a circulațiunii și respirațiunii de unde importanța de a supraveghià trepidațiunea epileptoidă în cursul anesteziei

C. PARHON.

Art. Morselli. **Sopra il reflesso del „extensor digitorum communis“.** *Revista di patologia nervosa e mentale.* No. 4. 1905. Reflexul extensorului comun al degetelor se produce percutând anumite puncte din cari unul situat cu trei laturi de deget sub condilul umeral și altele spre mijlocul antebrațului pe o linie oblică în jos îndreptată dela radiu spre cubit. E un fenomen de reacțiune musculară ce atârnă de condițiunile tonice și trofice a centrilor nervoși. Nu e datorit unui impuls motor de origine centrală. E constant în starea normală și se caracteriză prin extensiunea unui deget. a mânei sau și a degetelor și a mânei. E de regulă viu, repede și scurt. La bătrânì și la copii sub 3 ani se produce mai greu. E exagerat sau diminuat în stările de ipertonie și ipotonie. In tabes e exagerat de multe ori (chiar în cazurile cu ipotonie?). Mai rar e diminuat. Din contră în pseudotabesul neuritic e diminuat. In isterie e adesea exagerat. Din contră în epilepsie și neurastenie e mai de grabă diminuat, In psihozele toxice, morfinism, alcoolism reflexul e scăzut. Din contră e viu sau exagerat în demența precoce, în manie, în paralizia generală.

C. PARHON.

Dr. Rudolf Neurath. **Klinische Studien über Poliomyelitis** (Studiu clinic asupra polyomyelitei). *(Jahr. f. Kinderh.* Mai 1905). Referat asupra 240 cazuri de paralizie infantilă, cu date statistice asupra vârstei. sexului, modului de debut, grupele musculare paralizate, evoluțiunea, prognosticul, etc., precum și studiul unor simptome mai rari ca fenomenele dureroase din perioada febrilă inițială și turburările urinațiunii. Monografie conștiincioasă, bună de consultat în original.

DR. GRIGORE IACOBSON.

E. Poggio. **Ricerche istopatologiche sul paramioclono molteplice.** *(Rivista di patologia nervosa e mentale.* No. 4 1905.) Observațiune anatomo-clinică a unui caz de mioclonie predominând în membrele inferioare dar atingând și trunchiul și membrele superioare. Alterațiunile predomină în măduva lombară și constau în tumefacția celulelor cu împuținarea prelungirilor și cu acumulare de lipocrom. Nucleul e adesea excentric și elementele cromatofile pulverulente. Vasele sunt puțin alterate. Neuroglia nu e proliferată. Bolnavul fusese în ultimul timp supus la acțiunea alcoolismului și a unei maladii infecțioase. Alterațiunile celulare au caracterul recent. Aceste condițiuni fac pe autor să creadă că între leziunile găsite și mioclonie nu e o legătură de cauză și efect dar că totuși funcțiunea celulelor mai ales a acelora din măduva lombară a fost turburată (de unde mioclonia) și tocmai din cauza aceasta procesele recente au determinat o predominență a leziunilor în măduva lombară.

C. PARHON.

F. Raymond et **R. Cestan.** **Dix-huit cas de sclérose latérale amyotrophique avec autopsie.** (*Revue Neurologique.* No. 10. 1905). Lucrare foarte interesantă şi foarte bine documentată. Din punctul de vedere etiologic şi contrariu opiniunii curente, au găsit maladia în chestiune mai frecuentă la bărbat (70%). Vârsta a variat între 36 şi 68 ani. Ereditatea n'are nici un rol.

Ca simptomatologie autorii disting 4 tipuri: 1) *Tipul medular, ordinar.* Cu paraplegie sau tetraplegie spasmodică, cu trepidaţie epileptoidă, fără semnul lui Babinski. Atrofie cu tremurături fibrilare şi turburări a reacţiunilor electrice. Trei cazuri numai au aparţinut acestui tip. In două amiotrofia a debutat prin membrele inferioare. Durata a fost între 24—26 luni.

2) *Tipul paraliziei labio-glosolaringee.* Observat în 5 cazuri din cari 4 femei. Debut prin muşchii buzelor, limbei şi laringelui cu exagerarea reflexului maseterin. Apoi se prind şi membrele. Intr'un caz au existat crize de sufocaţie, într'altul râs şi plâns spasmodic. Intr'unul din aceste cazuri nu s'a observat din partea membrelor până în ultimul moment nici amiotrofie nici tremurături fibrilare, ci numai o exagerare a refexelor tendinoase. Totuşi la autopsie au găsit cu metoda lui Marchi granulaţiuni exact localizate în cordonul anterolateral al măduvei cervicodorsale. Durata a fost de 14 luni într'unul din cazuri, de 24 în celelalte.

3) *Tipul amiotrofic.* Elementul spasmodic e puţin intens. Mersul e paretic, trepidaţiunea spinală şi semnul lui Babinski lipsesc. Reflexele osoase şi tendinoase sunt exagerate. Durata fiind foarte variabilă dela 8 luni la 5 ani, un observator neprevenit s'ar puteà gândi la o amiotrofie cu tipul Aran-Duchenne sau la o poliomielită anterioară subacută. Examenul microscopic arată însă o scleroză manifestă a fasciculelor antero-laterale. Prezenţa sau exagerarea reflexelor permit a se eliminà poliomielita anterioară subacută. Tipul acesta a fost observat în jumătatea cazurilor. In cinci cazuri evoluţia a fost foarte repede (8—10 luni). In 3 mai lentă (20—24 luni). Intr'altul a durat 5 ani.

4) *Tipul spasmodic* observat într'un singur caz, care timp de un an a prezentat sindromul tabesului spasmodic cu trepidaţiune epileptoidă şi semnul lui Babinski. Diagnosticul fu ezitant. Numai după un an apărù o amiotrofie a membrelor superioare, apoi a celor inferioare. In fine fenomene bulbare şi râs spasmodic. Evoluţia totală a durat 27 luni.

Anatomopatologiceşte, predominenţa leziunilor cordonale asupra celor din coarnele anterioare sau invers, explică caracterul mai mult spasmodic sau mai mult amiotrofic al diferitelor cazuri. C. PARHON.

Prof. F. Raymond. **Maladie de Friedreich et hérédoataxie cérébéleuse.** (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.* No. 1 et 2. 1905). In aceste două lecţiuni foarte interesante şi bine documentate, autorul pune la punct chestiunea raporturilor dintre maladia lui Friedreich şi heredoataxia cerebeloasă a lui Pierre Marie. Precum se poate vedeà uşor din studiul critic al cazurilor clinice şi anatomopatologice expuse în aceste lecţiuni sau raportate de alţi autori, nu mai e permis a se considerà nici unul din aceste două sindrome ca entităţi morbide de sine stătătoare.

Intre ambele există toate gradele intermediare şi în plus examenele anatomo-patologice au dat rezultate foarte diferite chiar în cazurile de cari s'a servit Pierre Marie pentru crearea heredoataxiei cerebeloase. Raymond propune a se da numele acesta sindromului comun (mers cerebelos, ataxie statică, incoordinaţiune, nistagmus), ce-l putem întâlni în localizaţiuni diferite ale unui proces patologic ereditar şi familiar. Ar fi atunci de descris:

Un tip spinal, în care abolirea reflexelor, scolioza şi piciorul strâmb, unite la sindromul precedent, ar constitui maladia lui Friedreich.

Un tip cerebelos, în care atrofia nervilor optici, vertigiile, turburările intelectuale reunite la sindromul comun, ar constitui sindromul lui Marie.

Un tip bulbar, în care ar predominà vărsăturile, dispneea, aritmia cardiacă.

Un tip bulboprotuberanţial caracterizat prin turburări auditive.

Un tip generalizat ca în cazul lui Menzel. S'ar puteà chiar zice că există atâtea tipuri câte familii atinse, dar *în toate regăsim sindromul cerebelos comun.*

Mai mult încă, se poate afirmà că deosebirea între cazurile pure de ataxie familială şi cele complicate, nu diferă decât prin coexistenţa în ultimile, de alteraţiuni a unor alte sisteme mai mult sau mai puţin direct legate cu sistemul cerebelos. Astfel Pauly şi Nonne, Lewain, au observat tipuri intermediare între ataxia familială şi paraplegia spasmodică a lui Strummpell Coexistenţa leziunilor celulelor coarnelor anterioare şi a atrofiei musculare în maladia lui Friedreich, ne face să presimţim forme intermediare între aceasta şi atrofiile familiale. E inutil, zice autorul, să căutăm a multiplicà la infinit speciile morbide a patologiei nervoase ereditară şi familială. E mai bine să căutăm a precizà sindromele ce corespund leziunilor fiecărui sistem anatomic sau funcţional. Când vom posedà aceste cunoştinţe, vom puteà stabilì uşor legăturile dintre diferitele tipuri de maladii familiale şi formele intermediare, cari constituesc cu formele tipice ca atâtea inele ale aceluiaş lanţ.

C. PARHON.

Reichardt. Zur symptomatologie des Delirium tremens. (*Neurologisches Centralblatt*. No. 12. 1905). Autorul atrage atenţiunea asupra unui simptom interesant întâlnit la alcoolici şi care lipsind în alte maladii, face diagnosticul mai uşor. Dacă se prezintă unui alcoolic chiar când delirul a retrocedat, când e bine orientat în timp şi spaţiu o pagină de hârtie albă şi îl întrebăm ce vede, ne va spune adese ori cu perfectă convingere că vede cutare sau cutare animal, oameni îmbrăcaţi în mod variabil şi adese ori în acţiune. De regulă aceste halucinaţiuni sunt multiple. Adese ori vedeà cuvinte scrise pe cari une ori le citesc, alte ori declară că sunt indescifrabile. Dacă la aceiaşi bolnavi le punem chestiuni apropiate putem să îi facem să vadă ceea ce dorim sau putem să le sugestionăm în acest mod halucinaţiuni noi şi variate.

Se ştie că la asemenea bolnavi presiunea globilor oculari, introducerea într'o cameră întunecoasă poate să le deştepte halucinaţiunile. Procedeul descris de Reichardt e de o simplicitate rară şi insistă să fie utilizat în examenul psihiatric.

C. PARHON.

Patru observaţiuni demonstrative însoţesc lucrarea.

Royet. Les vertiges par symphyses salpingo-pharyngiennes. Notion nouvelle essentielle pour le diagnostic et le traitement des vertiges. (*Journal de neurologie.* No. 9. 1905.) Pentru autor — un otologist — vertigiul e aproape totdeauna de origine otică. Vertigiul auricular poate fi datorit unei leziuni ce interesează organul auzului într'o parte ori care ar fi ea. In practică — după Royet — cazurile cele mai frecuente ar fi datorite unei leziuni a trompei lui Eustachi care contractă aderenţe inflamatorii cu păretele posterior al faringelui. Aceste aderenţe trebuesc deci căutate în cele mai multe cazuri de vertigiu.

Interesul cunoaşterii acestei cauze se măreşte pentru autor prin faptul că desprinderea aderenţelor aduce în cele mai multe cazuri vindecarea rapidă dacă nu imediată a vertigiilor ce depind de ele, adecă a celor mai numeroase. 4 observaţiuni însoţesc lucrarea. C. Parhon.

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

W. Bower. Vaccină accidentală a fosei nasale. (*Lancet*, 2 Iulie 1904). O femee de 28 de ani simţi dureri în nas după ce copilul ei fusese vaccinat cu 11 zile mai înainte. Narina dreaptă se tumefiă, care se întinse pe faţă până înapoia urechei. In narina dreaptă se găsi o mică ulceraţiune. Eug. Felix.

Citelli. Despre corpi străini bizari ai urechei şi ai nasului. (*Archivio italiano di Otologia.* Vol. 16, fasc. 4, 1905). 1-iul caz: Stearină topită introdusă în ureche, spre a combate durerile. La examenul otoscopic se găseşte un corp tare, neted, albicios, strălucitor, puţin excavat, ocupând tot conductul auditif. Scoaterea corpului străin n'a reuşit decât după ce se formase un canal în stearină prin atingere mai întâi cu o sondă încălzită, apoi cu cloroform şi benzol. Membrana timpanului nu prezinta nici o leziune. Al II-lea caz: Trei ani înainte de examenul bolnavului, acesta a înghiţit un os de pasăre. Prin introducerea degetului în gât se provoacă vărsături. Masele vărsate în parte es pe nas. De atunci nici un dezagrement. De câteva zile narina stângă obstruată. La examenul foselor nasale normale se observă la partea mijlocie a cornetului inferior stâng un corp cenuşiu înconjurat de granulaţiuni, care se extrage. Se examinează acest corp şi se vede că este un os de 2 cm. lungime şi $1^{1}/_{2}$ cm. de lat. După trei săptămâni complectă vindecare. Al III-lea caz: Este vorba de un rhinolit primitiv al unui copil de 3 ani, care mirosese din nas foarte tare. Autorul găsi în fosa nasală dreaptă o foiţă verticală de 1 mm. grosime, tare ca piatra, care se mişca cu aerul respirat. Pe mucoasa nasală secreţiune muco-purulentă. Fiind-că rhinolitul era preă voluminos spre a fi extras dintr'o dată, s'a despicat în două. El era compus în majoritate de fosfat de calciu numai cu câte-va fibre organice. Din punctul de vedere bacteriologic s'au găsit mulţi bacili şi cocci pe lângă leucociţi alteraţi. Eug. Felix.

Gurich. Relaţiunea între amigdalite şi reumatismul articular acut. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1904, No. 47). Lucru cunoscut, de altmintrelea, că amigdalita este adeseori debutul reumatismului articular acut. Prin tratamentul acestor amigdalite s'ar împedicà dar recidivele atacurilor reumatismale. Iată şi câteva observaţiuni:

O fată de 20 de ani, avusese primul atac de reumatism la 14 ani. De atunci recidive frecuente, 4—6 pe an, cari încep totdeauna cu angină. In urma instituirii tratamentului amigdalitei, de aproape 3 ani, bolnava n'a mai suferit de reumatism.

O bonă intră în serviciul autorului şi curând după aceea suferă de un atac de reumatism. Bolnava are o amigdalită foliculară tipică. După 3 săptămâni de dureri reumatismale consimţi, la amigdalotomie. In urmă n'a mai suferit de reumatism şi acesta dispărù imdeiat dnpă tratarea anginei.

Din 17 cazuri de reumatism pe cari le observase în ultimii 4 ani, 16 au avut un debut prin angină foliculară.

Eug. Felix.

Lublinski. Vaccină accidentală a mucoasei nasale. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1904, No. 52). Este vorba de o femeie, care se infectase dela copilul ei de curând vaccinat. Ştergându-se la nas cu batista cu care uscase pustulele vaccinale; tocmai la acea epocă sufereà des de epistaxis. Pe septul nasal în regiunea lui Kiesselbach se aflau două pustule de mărimea bobului de mazăre. Nasul şi buza superioară erau tare temefiate. In 14 zile vindecare, dar în locul unde se aflau pustulele au rămas cicatrice. Muma copilului nu fusese revaccinată.

Eug. Felix.

Ostmann. Profilaxia urechei în boalele infecţioase acute. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1905, p. 694). In lecţiunea sa clinică, destinată pentru medici practicieni, Ostmann atrage atenţia asupra pericolului unei afecţiuni auriculare în infecţiunile acute, a inflamaţiei urechei medii în afecţiunile tractului respirator superior. După expunerea căilor de propagaţiune a infecţiunii spre ureche se descriu măsurile profilactice de luat în timpul şi înaintea boalei infecţioase, Mare preţ se pune pe curăţirea mucoasei faringiene şi bucale prin gargarisme şi pe întrebuinţarea în fosele nasale a vaporizaţiunilor cu acid boric şi cocaină

Eug. Felix.

Passov. Balneologie şi boalele de urechi. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1905, No. 16). Autorul se ocupă de posibilitatea de a influenţà prin cure balneare procese patologice ale aparatului auditiv. Baza unei balneoterapii este încă prea puţin solidă în otologie în cât este necesar de a răspândì între medicii staţiunilor balneare cunoştinţele necesare de otologie. Tratamentul local, la boalele de urechi, care recunosc în cele mai multe cazuri şi cauze locale, rămâne tot-deauna principalul. Bine înţeles, că în boalele de urechi de origină specifică, curele întrebuinţate contra afecţiunii, care a dat naştere şi la afecţiunea auriculară, vor aveà influenţă şi asupra acestui proces local. Băile reci în afecţiunile de urechi să fie întrebuinţate cu mare prudenţă, duşele aplicate pe cap cu totul evitate. Passow nu împărtăşeşte vederile lui Körner, care a observat otite medii supurate cu cicatrizarea perforaţiei în urma băilor de mare. Pe când Marea Nordului este contra indicată, Marea Baltică, Mediterana, staţiunile balneare ale Angliei sunt favorabile In cazuri de otoscleroză, se evităm localităţile situate la peste 1200 m.

Eug. Felix.

PATOLOGIE EXTERNĂ

Cushing. Chirurgie dela névralgie majeure du trijumeau Résection du ganglion de Gasser. *(Journ. Amer. med. Assoc.* No. 11, 12, 13, 14, 15. 1905, după *Gaz des hôp).*

Cushing aminteşte metodele primitive întrebuinţate una sus temporală şi una jos pterygoidienă; în urmă mai toţi operatorii s'au raliat pentru o cale mai directă zigomatică. Autorul işi modifică puţin tecnica sa din 1900 scoborându-se partea curbă a inciziunii sale în Ω fără a scobori mai jos linile sale verticale, recomandă ablaţiunea sub-periostică a zigomei, căci în acest caz atrofia facială e mai puţin acuzată.

Deschiderea craniului să fie mică şi să nu se ridice prea sus spre a nu întâlnì meningeea mijlocie. Ridicarea acestei artere cu dura mater în sus formează caracteristica procedeului lui Cushing pe care el îl numeşte infra-arterial căci operează sub meningeea mijlocie. Acest procedeu fac inutile legătura arterei la intrarea în craniu, cum şi aceea a carotidei externe. — Emoragia vânoasă e însă jenantă, tamponarea e singurul mijloc emostatic bun. — Sutură cu atenţiune muşchiul şi fascia temporală.

Luând presiunea arterială, când e o cădere a sa e semn de un pericol imediat. Drenează de necesitate dar drenajul prezintă şi inconveniente: hemicranice şi rachialgie.

Din 20 operaţii Cushing a avut un mort pe masa de operaţie fără a şti care e cauza. -- Autorul crede că e mai bine să te adresezi ganglionului decât să se facă operaţiuni întinse periferice ca resecţia ganglionului lui Meckel sau neurotomia nervilor la eşirea din craniu. — In timpul operaţiei autorul recomandă a se protejà ochiul. In sfârşit Cushing dă la sfârşitul articolului toate observaţiile în detaliu însoţite de numeroase fotografii.

Paul Reclus. Pathogénie de l'appendicite (*Presse médicale* 8 Iulie 1905 pag. 425). A. arată teoriile clasice ale apendicitei, indicând pe aceea a lui Porter în care corpii streini din apendice prin volumul lor ar obliterà artera, ar întrerupe circulaţia şi ar produce gangrena. Roux (Lausanne) susţineà că corpii streini formează un obstacol înapoia căruia se acumulează secreţiunile mucoasei, care termin prin a rupe apendicele.

După această teorie vine aceea a lui Talamon, prin care secreţiunile mucoase acumulate înapoia corpului strein formează un bulion de cultură, în care pululează microbii, cari atacă pereţii apendicelui, puţini rezistenţi, din cauza relei nutriţii, produsă de compresiunea arterelor. Această teorie cade, căci corpii străini obliteranţi sunt excepţionali în $^1/_{50}$ cazuri şi când există nu produc compresia vaselor, nici obliteraţii de şi gangrena e produsă de alte cauze.

Pentru Talamon concreţia stercorală şi turburările circulaţiei erau la baza teoriei: pululaţia microbilor în „vase clos“ format de apendicele obliterat erà un epifenomen. Pentru Dieulafoy „vase clos“ devine condiţia esenţială a toxi infecţiunei: corpii streini nu sunt absolut necesari, şi dacă calculele, prin creşterea lor succesivă, poate închide lumina ap., tumefacţia pereţilor în cursul apendicitei acute, degenerescenţa scleroasă în apendicita cronică şi chiar flexiunea, îndoitura bruscă, torsiunea, realizează „vase clos“ unde microbii și exaltează virulența. Demonstrația este făcută prin experiențele lui Klecki, care operă asupra unei anse intestinale și prin ale lui Roger și Jossué. Gervais, Rouville, ale lui Hastmann și Mignot care leagă apendicele la baza sa și arată că colibacilii, astfel încărcați capătă o activitate particulară. Observația clinică arată că baza acestei teorii, obliterația prealabilă a apendicelui lipsește în cele mai multe cazuri și observațiile lui Roux, Walther, Jalaguier, Brun și Broca stabiliră că în două treimi din cazuri poate în trei pătrimi inflamația isbucnește într'un vermium deschis larg în cecum. Jalaguier arată că îngroșarea cronică a pereților sau tumefacția acută sunt cauze și nu efectul apendicitei, succed apendicita în loc să o preceadă.

Teoriei „vase clos“ s'a substituit teoria infecțiunei. Autorii ce susțin această teorie zic că apendicita este rezultatul infecțiunei care de obiceiu este de origină intestinală, dar care se poate face și pe cale sanguină.

O altă teorie strâns legată de aceea a infecțiunei pretinde că structura limfoidă a apendicelui are o importanță patogenică de primul rang. Dacă apendicele în condițiunea în care se găsește nu este atins de inflamație, aceasta este grației abundenței țesutului limfoid care prin bogăția în fagocite poate luptă contra invaziei microbiene.

Prin teoria „Stagnației“ pe care autorul o propune de mai mulți ani și în care invoacă tot infecția, arată în acelaș timp pentru ce această infecție frustră larvată, inocentă în organele vecine ia aici un mers înspăimântător. Autorul susține că apendicele e conformat și așezat așà în cât substanțele lichide sau solide cari străbat în cavitate sau care se formează aci, nu pot eșì din ele de cât cu mare greutate, din cauză că nu sunt pe traectul materiilor ci sunt în afară de curentul intestinal; deci ele vor stagnà și se știe că stagnația substanțelor organice este propice pululației germenilor. Colibacilul, stafilococul, streptococul infectează secrețiunile mucoase acumulate în apendice și cea mai mică cauză care împiedică acțiunea fagocitară a pereților va favorizà invazia lor.

Odată mucoasa atinsă, ulcerațiunile se vor vindecà cu greutate din cauza materiilor organice secretate ce țin loc de bulion de cultură. S'a comparat apendicele inflamat cu o fistulă oarbă internă; pe care numai operația ar putea-o vindecà. Stagnația lichidelor și prin urmare exaltația virulenței germenilor este favorizată prin torsiunile și îndoiturile accidentale pe care le are acest lung organ scobit, în afară de aceasta există și plicaturi normale asupra decărora a atras atenția Quénu și Heitz-Boyer. Caecumul prin poziția sa declivă prin fundul de sac pe care îl formează este dejà un loc de infecție mai frecuent și observațiunea arată că este unul din punctele cele mai des atinse în boalele intestinale; ce trebue să fie cu apendicele, acest caecum al caecului, acest fund de sac al fundului de sac, vom înțelege cam cu ce ușurință infecția se propagă aci!

Ea poate să aibă mai multe origini: corpi streini cari joacă mai rar un rol de oarecare importanță; materiile fecale întărite, ce dau naștere concrețiunilor concentrice pietroase și care irită mucoasa, secrețiunile glandulare devin atunci mai abundente; germenii patogeni cu virulența exaltată pululează, străbat în perete şi-l infectează. Grămezile de ţesut limfoid ţin piept, însă fagocitele sunt învinse prin asalturile neîncetate ale microbilor mereu reînoiţi şi foliculita purulentă, apendicita acută sau cronică este constituită.

Corpii streini neregulaţi şi ascuţiţi, resturi de oase, os de peşte, peri de perie de dinţi sau tricocefali prin tunelele pe care le scobesc în peretele apendicelui, favorizează mai bine decât scibalele inoculaţia ţesuturilor.

Infecţiunile datorite inflamaţiunilor intestinului, enterocolitei şi enteritelor sunt demonstrate prin numeroase observaţiuni, şi mulţi nosografi cred că inflamţia cronică a intestinului s'ar puteà complicà de o imflamaţie cronică al apendicelui.

Leziunile intestinului gros şi subţire sunt neînsemnate şi pot trece nebăgate în seamă, se vindecă iute, căci secreţiile virulente care întreţin răul sunt gonite de trecerea neîncetată a materiilor fecale. Aceste leziuni însă persistă în apendice unde stagnează culturile microbiene. Propagaţia inflamaţiunilor intestinale la apendice şi persistenţa lor în acest diverticul ne explică prezenţa apendicitei şi de câte ori clinicieni caută sistematic tarele intestinale antecedente crizei apendiculare, le găsesc în majoritatea cazurilor.

Apendicele se poate infectà şi pe cale sanguină? Observaţiunile lui Bland Sutton, Sutherland, Jalaguier, Merklin pare a o probà. Autorul crede că este foarte rară această cale şi se întreabă dacă nu cumvà gripa. reumatismul. rugeola, scarlatina, febra tifoidă, difteria, în loc de a crea apendicită, nu a provocat criza acută care ne pune în evidenţă o apendicită cronică latentă de mult timp. P. GAL.

PATOLOGIE INTERNĂ

Babonneix. Diphtérie et Tétanie (*Rev. mens. des mal. de l'Enf* 1905 p. 8). In acest foarte interesant articol sunt relatate o serie de observaţiuni culese în literatura medicală de *tetanie* sau mai bine de *pseudotetanos* supravenind în cursul difteriei.

In unele cazuri *tetania este primitivă;* difteria a trecut cu totul neobservată până la ivirea contracturilor. In majoritatea cazurilor însă, contractura apare în cursul unei difterii bine dovedite prin examenul clinic şi prin cercetările bacteriologice *(tetanie secundară)*.

Printre observaţiunile de *tetanie secundară* oferă un deosebit interes cele privitoare la noui născuţi, atinşi de infecţiune difterică a plăgei ombilicale şi cari în lipsa unui examen bacteriologic ar fi fost consideraţi drept cazuri de fălcariţă.

Cliniceşte, tetania difterică se prezintă ca un *tetanos* clasic şi în unele din observaţiunile raportate, bolnavii au fost chiar consideraţi ca tetanici şi injectaţi cu ser antitetanic până când examenul bacteriologic a arătat natura difterică a infecţiunei, permitând în mai multe cazuri de a obţine vindecarea prin injecţii de ser antidifteric.

Aceste observaţiuni trebuesc alăturate de cele ale lui Chaillons (vezi No. 1 din această revistă) care a arătat că cel puţin o parte din cazurile de *tetanos spontaneu* sunt determinate de *pneumococ*.. Observaţiunile lui Tschlenoff, Baginsky, Box, Irwing-Snow, Moussons, Rinuy Bitot şi a demonstrează că există şi un *pseudo-tetanos difteric.*

Concluzia practică este importanța examenului bacteorologic în cazurile de tetanos, mai cu seamă la noui născuți atinși de fălcariță și indicațiunea de a se face sistematic injecțiuni repetate de ser antidifteric când apar fenomene tetanice în cursul unei difterii.

DR. GRIGORE IACOBSON.

M. M. Berkelay. Valoarea practică a „semnului diafragmului“ al lui Litten din punct de vedere clinic. *(New-York med-Journ.*, 4 Febr. 1905). Semnul lui Litten consistă în unda ascendentă și descendentă, vizibilă în zona inferioară a toracelui și sincronă cu mișcările respiratoare. Această undă este produsă fie de diafragm, fie de vidul determinat prin retragerea plămânului. Pentru a-l pune în evidență bolnavul e culcat pe spate în complectă extensiune și i se comandă să facă inspirațiuni profunde Când această «undă frenică» măsoară 75 milimetri de amândouă părțile și nu prezintă întreruperi, se poate conchide că plămânii sunt perfecți sănătoși. Când ea e micșorată de ambele părți și e mai vizibilă îndărăt de cât înainte, bolnavul e, foarte probabil, enfizematos sau asthmatic. Dacă acest fenomen lipsește numai într'o parte, se va bănuì tuberculoza pulmonară la început, sau pleurezia. In fine, când lipsa acestui semn e bilaterală, nu se poate trage nici o concluziune preciză, de vreme ce în mijlociu acest semn se observă la normali în proporție de 85—90%.

TATUȘESCU.

M. Ficker. Zur Rotzdiagnostik. (Diagnosticul morvei). Lucrare a institutului de higienă, Berlin. *(Hygienische Rundschau*, 1905. Julie, XVI. p. 649—651). Diagnosticul bacteriologic și clinic al morvei sau din cauza lipsei unei instalări de laborator, sau din cauza impreciziunei simptomelor, e de multe ori dificil.

Sero-diagnosticul recomandat de Wladimiroff, Rabieaux, Àrpad, a găsit până acì puțină întrebuințare, deși ar merità să fie studiat cu deamănuntul, pentru a-i da o aplicare practică.

Cauza pentru care sero-diagnosticul n'a fost până acì utilizat, e că rezultatele au variat după autori, din cauză că nu toți s'au servit de aceeași metodă. Ficker recomandă pentru a aveà rezultate comparabile, să se întrebuințeze culturi moarte suspendate după metodul indicat de el pentru diagnosticul febrei tifoide.

Fedorowsky, Reinecke, Kleine, arătaseră dejà că bacilii morți pot fi foarte bine aglutinați. Pentru obținerea emulsiunilor de bacili morvoși, Ficker recomandă procedeul următor:

Bacilul izolat din nodulii morvoși, mai întâiu pe agar cu glicerină și apoi reînsămânțat de mai multe ori pe cartofi, e din nou trecut pe agar cu glicerină (agar 1.5%, glicerină 5%). Tuburile cu agar sunt ținute 24 ore la In 37°. fiecare tub se adaugă apoi 10 c. c. din soluția sterilă 0.85% de clorur de sodiu.

Emulsiunea aceasta e agitată în flacoane Erlenmeyer cu perle de sticlă în timp de 5 minute.

Se filtrează apoi prin filtre sterile (Schleicher u. Schüll, No. 595.) Flaconul Erlenmeyer e spălat din nou cu 30 c. c. soluție fiziologică sare, și soluția aceasta e filtrată la rândul ei.

Filtratul total se lasă 20 ore la 54°. La suspensiunea astfel obținută de bacilii morți, se adaugă 4% glicerină și 0.25% acid fenic. Se umple apoi eprubete mici, cari se lasă o zi la ghiață.

Se decantează atâta din lichid, încât să rămână în eprubetă numai o coloană având 1 centimetru înălțime. Lichidul decantat e pus în sticle sterile și conservat la întuneric și la răcoare.

Suspensiunea aceasta se poate utilizà după experiențele lui Ficker, ce puțin 4 săptămâni și e aglutinată în aceeași proporție ca suspensiunile de bacili vii. Avantantagiul e că întrebuințarea sa nu prezintă nici un pericol și că poate fi utilizată departe de ori ce laborator.

Până când însă studii nu se vor face ca să se stabilească care e limita aglutinării în caz de morvă, metodul acesta nu va puteà fi încă utilizat curent de veterinari.

Pentru laboratoare, Ficker se oferă să trimită emulsia obținută de el, pentru a-i proba valoarea aglutinativă la om și la animale.

S. IRIMESCU.

Lemoine et Gallois. La pleurésie blennorrhagique. *(Khard médicale)* No. 7 1905. Autorii trec în revistă toate cazurile știute de pleurezie blenoragică în număr de 15. In 4 cazuri însă numai, s'a constatat prezența gonococului. Pleurezia poate fi uscată sau cu un epanșement mijlociu. Intr'un caz a lui Lemoine și Bompart el erà considerabil și a necesitat mai multe puncțiuni; el a fost urmat de moarte și în lichid existau gonococi

Pleurezia aceasta apare în cursul blenoragiei sau mai târziu. Ea nu pare a prezintà semne clinice particulare.

BARONCEA.

Louis Rénon et Verliac. Action du carbaminate de M. Tolyhydrazine (Marétine) sur la fièvre des phtisiques. *(Arch. gén. de méd.* No. 20, 1905). Au experimentat maretina în special asupra tuberculoșilor cavitari, ajunși la cel de pe urmă grad de ftizie. Această substanță, care e o pulbere albă insipidă, insolubilă în apă rece, și sol $^2/_{100}$ în apă caldă și $^1/_{100}$ în alcool, a fost administrată în doze de 0,50 pe zi, la 9 dimineața și la 1 p. m., câte 0,25. Autorii ajung la concluzia că are o acțiune incontestabilă asupra scoborîrii temperaturii că antitermia e foarte marcată în primele zile și obișnuința se arată în majoritatea cazurilor după 15 zile Scoborîrea temperaturii, care nu trece peste 1—2°, durează atâta cât se administrează medicamentul. Nu provoacă și nu mărește temperatura, nu produce slăbiciuni. Ea se poate întrebuințà în practică alternativ cu cryogenină, administrându-le succesiv câte 8 zile.

TATUȘESCU.

H. Schottmüller (Hamburg). Zur Aetiologie der Pneumonia crouposa. (Etiologia pneumoniei), (*Münchenvr Mediz. Woch.*, 1905, Iulie 25. No. 30. p. 1425—1429). In afară de pneumococ și de pneumobacilul lui Friedländer, Schottmüller, a găsit ca agent cauzal al pneumoniei, un streptococ, *streptococus mucosus*.

Primul caz de pneumonie datorită acestui streptococ a fost observat de el în 1903. De atunci a mai putut studià încă 5 cazuri noui.

La toţi aceşti 6 bolnavi, simptomele au fost cele ale unei pneumonii adevărate. Streptococul a fost izolat din sânge în timpul vieţei şi după moarte.

Prezenţa sa a putut fi constatată şi în părţile cu epatizaţie roşie pulmonară, aşà în cât o infecţie secundară pare exclusă. Streptococul mucosus se prezintă sub formă de diplococ dispus în lanţuri compuse din 10—14 coci. Cocii au 1,5 u. dimensiune şi sunt rotunzi dar uşor deprimaţi Caracteristic pentru acest streptococ e prezenţa unei capsule, care se păstrează şi în culturile artificiale, prin trecerea microbului pe diferite medii. El ia Gramul şi creşte la temperatura optimă de 375, dar se desvoltă şi la 22°. Creşterea pe agar e caracteristică. După 20 ore se produce un depozit clar, lucios, mucoid. Coloniiie, când sunt izolate au dimensiunea unui bob de linte, dar devin repede confluente.

Din cele 6 cazuri observate de Schottmüller, 5 s'au terminat letal.

Prognosticul pneumoniilor produse de acest streptococ, ar păreà deci foarte sombru. O concluzie aşà de pesimistă nu e însă justă după Schottmüller, deoarece în toate cazurile sale, streptococul a fost izolat din sânge şi în general cazurile de pneumonii cu microbi în sânge, sunt grave. Numai după ce se vor face cercetări sistematice ale sputelor pneumoniilor cu streptococi, se va puteà stabilì pronosticul lor adevărat.

Harmsen (Hamburg) a observat de curând, 2 cazuri de congestie pulmonară, la care din spute s'a izolat numai streptococus mucosos.

Pneumococul nu există. Ambele aceste cazuri s'au terminat prin vindecare

S. IRIMESCU.

Robert-Simon et **René Quinton**. L'eau de mer en injections isotoniques sous-cutanées dans la tuberculose. *(Gaz. des hôp.* 22 Iunie 1905). Prin apă de mare isotonică autorii înţeleg aceea care congelează la acelaş grad ca şi serul sanguin adică —0.57°. Ei o obţineau amestecând 83 p. apă de oc. atlantic cu 190 p. apă de isvor.

Autorii au întrebuinţat-o pe 18 cazuri din cari 14 cazuri tub. pulmonară la diferite faze, 3 tub. ganglionară şi 1 lupus. Ei injectau sub piele la fie-care 3 zile câte 100—300 cm. c. apă isotonică.

In trei cazuri (1 tub. pulmonară şi 2 tub. ganglionară), rezultatul nul. In 15 ameliorare manifestă: tusa, expectoraţia, sudorile nocturne au dispărut; apetitul a revenit; o modificare foarte apreciabilă în semnele stetoscopice. In sfârşit, în fie-care zi bolnavii au câştigat câte 27 grame în greutate.

Autorii recomandă deci aceste injecţiuni ca având o eficacitate cel puţin egală cu aerul de mare şi oprind evoluţiunea progresivă a tuberculozei.

BARONCEA.

Teophil Lupu. Ueber Pellagra sine Pellagra. *(Wiener Klin. Wochenschr.* No. 26. 1905). Expune o serie de observaţiuni, foarte puţine ceva mai demonstrative, de pelagră, fără manifestaţiuni cutanate şi cari intră în grupul clinic numit de Lombroso şi Neusser: Pellagra sine Pellagra.

In special observaţiile de epilepsie pelagroasă, mielită transversă, în ambele cu sifilis în antecedente, lasă de dorit, ambele cazuri fiind observate numai cliniceşte. Totuşi sunt de reţinut câtevà fapte clinice importante: turburările digestive pot precede cu mult manifestaţiunile cutanate, aşà că ţăranii, cari mănâncă porumb, cari prezintă enterite prelungite *primăvara*, pot fi suspecţi de pelagră; printre primele manifestaţiuni se pot număra: stomatite, sialoree, limbă roşie şi brăzdată de şanţuri. Eritemul poate lipsi sau fi foarte discret la munte, unde soarele arde mai uşor şi mai puţin timp. In fine nu e o maladie proprie rasei latine, căci atinge şi pe slavi, germani şi evrei.

BRUCKNER.

PEDIATRIE

Deguy et **Detot.** **La laryngite cricoïdienne ulcéreuse.** *(Rev. mens. des mal. de l'Enf* Ianuarie 1905). Afecţiunile regiunii cricoïdiane a laringelui se manifestează printr'un sindrom particular *(sindromul subglotic)* caracterizat prin: 1) accese acute de sufocaţie, cari se reînoesc la intervale mai mult sau mai puţin îndepărtate şi cari pot să se producă timp de mai mulţi ani; 2) Bruscheţa foarte mare a acceselor, astfel că uneori ajutorul medical nu soseşte la timp; 3) uşurinţa cu care tuburile de intubaţie sunt expulzate într'un mod spontaneu.

In cazul de faţă e vorba de o laringită ulceroasă subglotică. Copilul a sucombat într'un acces de sufocaţie. La autopsie s'a găsit o distrucţiune a mucosei şi a muşchilor, cu leziuni de perichondrită endolaringiană, infiltraţiune embrionară a ţesutelor vecine şi adenopatie prelaringiană. Bacteriologiceşte: streptococi (infecţiune probabil primitivă) şi o invadare a cartilagiului printr'un leptothrix (probabil secundară). DR. GRIGORE IACOBSON.

Le A. Monseaux. (Vittel). **Troubles de la miction chez l'enfant par gravelle sablonneuse et hyperacidité urinaire.** (Spasme vesical et incontinence). *(Rev. Mens, des Mal. de l'Enf.)* Mai 1905. La copil, băşica este de o sensibilitate excesivă, astfel că la dânsul o urină foarte încărcată în acid uric, foarte acidă, şi conţinând cristale de acid uric sau nisip, poate impresionà mucoasa colului vesical şi provocà nevoia de urinare, înainte că băşica să fie pusă în tensiune.

Toată lumea cunoaşte turburările urinare la noi născuţi; consecutive eliminării infarctelor urice: retenţiune ţipete, agitaţie, urină încărcată de cristale urice. Asemenea se poate notà turburări urinare (spasm) la sugaci a căror urine sunt încărcate de acid, uric Dar prezentul articol se raportează mai cu seamă la copii mai mari (peste 2 ani) cari în urma unor *diaree intense, purgative drastice. pyrexii, răceală consecutive unei băi reci*, în urma unei *alimentaţiuni prea bogate în carne, adeseaori prea sărace în apă*, secretează urine prea azotoase, prea concentrate cari irită băşica şi produc: pollakiurie, spasme dureroase ale colului, incontinenţă de urină. Copii ma mari se plâng de dureri când urinează; Cerinţa de urinare este imperioasă şi frecuentă — De sigur că multe cazuri de incontinenţă de urină au aceleaşi cauze.

Tratamentul acestor accidente este mai cu seamă dietetic: restrângerea cărnei în alimentaţie, alimentaţia mai cu seamă vegetariană, exerciţii fizice şi băuturi apoase abundente (bine înţeles, mai cu seamă o cură la Vittel.

Dr. Grigore Jacobson.

H. Preysing.—Otitis media der Sänglinge. (*C. Wiesbaden*, 1904). Intr'o monografie însoţită de 40 de planşe, H. Preysing ne dă un studiu bacteriologic şi anatomic al otitei medii la sugaci. S'au examinat 100 de copii, a căror vârstă a variat dela 1 zi până la 3 ani. In această monografie s'au luat şi examenul copiilor mai mari (cari numai sunt sugaci), fiindcă trebue ţinut cotmp de unele boale, precum: scarlatina, difteria şi mai ales tuberculoza. Copiii s'au examinat aşà cum s'au prezentat la autopsie, fără a alege anumite afecţiuni. A ajuns la rezultatul că cavitatea timpanului în stare normală este sterilă. In cavitatea timpanului bolnavă, aproape exclusiv, s'au găsit pneumococi. Aşà, din 154 urechi examinate, s'au găsit de 96 de ori pneumococul singur, 33 de cazuri erau sterile, restul erau: stafilococi 3 cazuri, streptococi 1 caz, pneumococi şi bacterii ale putrefacţiunii 13 cazuri.

De 3 ori pneumococul era asociat cu stafilococul, de 2 ori stafilococul erà asociat cu bacterii ale putrefacţiunii, în fine în trei cazuri, numai bacteriale putrefacţiunii. Conţinutul cavităţii timpanului era, în unele cazuri, purulent în altele mucos sau seros. Dacă se scad cazurile în care cavitatea timpanului s'a găsit sterilă, vedem că din 121 urechi infectate, s'au găsit de 112 ori pneumococi, ceea ce ar face aproximativ $92^1/_2$ $^0/_0$ din toate cazurile.

Când dar în majoritatea cazurilor de otită medie s'a găsit acelaş microorganism ca în majoritatea pneumoniilor (diplococul lui Fränkel) rezultă o legătură între afecţiunea urechei şi afecţiunea pulmonară. Dar nu în sensul că focarele bronco-pulmonare ar fi consecutive otitei medii, ci amândouă aceste afecţiunì au punctul de plecare în nas şi naso-faringe. Explicaţia că secreţiunea, care se scurge din trompă este aspirată şi conduce la bronşită şi bronco-pneumonii, nu se poate admite, fiindcă secreţiunea din trompă este prea vâscoasă în cât nu se poate scurge, pe de altă parte când copiii stau culcaţi pe spate, orificiul trompei ocupă punctul cel mai înalt al sistemului cavitar al urechei medii. Pe de altă parte, otita medie este o afecţiune secundară, fiindcă nasul sau naso-faringele sunt totdeauna atinse înainte ca urechia să fie bolnavă. Se poate admite dar cu mare probabilitate că infecţiunea urechei şi a plămânului se face în acelaş timp prin pneumococi plecaţi din mucoasa nasală şi naso-faringelui în timpul unui guturai.

Un alt grup de afecţiune generală este enterita şi turburări ale nutriţiunii, cari stau în legătură cu otita medie. In practică se observă adesea la copii sănătoşi bine constituiţi, o diaree care începe şi se termină în acelaş timp cu afecţiunea urechei. Dacă dar un empion al urechei medii cauzează o afecţiune gastro-intestinală şi turburări de nutriţiune, nu putem admite, cum am făcut pentru pneumonie, că microbii infectează direct tractul gastro-intestinal, ci aceste turburări sunt datorite toxinelor resorbite în urechia medie şi transmise pe cale sanguină şi limfatică. Aceste diaree sunt considerate dar ca septice.

EUG. FELIX.

Dr. Fritz Stirnimann. Tuberculose im ersten Lebensjahre. (Tuberculoza în primul an). *(Jahrb. f. Kinderh.* Mai 1905). Referat asupra a 42 de cazuri de tuberculoză la copii în vârstă de mai puţin de 1 an—observate la spitalul de copii din Zürich. Date statistice despre vârstă (maximum între 100 şi 270-a zi), sexul, localizările de predilecţie (splina, ficatul, rinichii); forme anatomice, evolutice, diagnosticul şi modurile de infecţie, etc... In total monografie bună de consultat.

DR. GRIGORE IACOBSON.

Henri. Tissier. Etude d'une variété d'infection intestinale chez le nourrisson. *(Ann. de l'Institut Pasteur.* Mai 1905). In acest important memoriu (43 pag.), autorul studiează o formă particulară de enterită, datorită bacilului *perfringens* (Veillon şi Zuber) şi evoluând cu caractere clinice speciale.

Debutul se face într'un mod progresiv: mai întâiu scaune consistente fetide, pe urmă diaree.

La *perioada de stare*: 6—20 scaune caracteristice: lichid galben-brun, ţinând în suspensie grunji fini gris-verzui. Abundentă emisiune de gaze: scaune cu aspect de «*spumă de bere*» devenind verzi la aer. Colici, inapetenţă, regurgitaţii, vărsături. Stare generală rea. Greutate staţionară, oscilantă, sau uşor ascendentă.

Amelioraţie progresivă după 1—20 deb., prin dispariţia succesivă a diferitelor simptome. Vindecarea e definitivă numai când reapar scaunele galbene aurii. Durata boalei e de la 1 până la 2 luni.

Boala e mai grea numai la copii alimentaţi artificial. Ea se poate observà şi la noi născuţi, în care caz scaunele «spumă de bere» succedă scaunelor meconiale

Examen bacteriologic caracteristic: Dispariţiunea florei normale, multiplicarea cocobacililor şi diplococilor (modificare diareică banală). Apariţiunea de specii anormale, printre cari: *bacili groşi cu extremităţi pătrate...* Vindecarea e definitivă numai când reapare aspectul florei normale.

Prin culturi s'a izolat diferite bacterii printre cari e de notat într'un mod constant *în toate cazurile* 2 specii: *b. perfringens* (bacili pătraţi notaţi în frotiuri) şi *b. III al lui Rodella...*

Din speciile izolate, una singură e patogenă şi posedă o acţiune fermentativă puternică: *b. perfringens. B. III lui Rodella* e un format foarte slab şi nepatogen. Prin urmare *B. perfringens* e probabil cauza acestor enterite. Tisssier a putut cu dânsul provocà o enterită la un pisoiu prin ingestie. Asemenea o probă importantă e Ob. II, în care un sugaci, având o floră normală (verificată) a căpătat o infecţie intestinală cu *b. perfringens*, după ce măsa dete să sugă unui alt sugaciu atins de enterită cu *perfringens*.

Din studiul unicului caz mortal, s'a constatat că *B. perfringens* nu există, nici în stomac, nici în prima parte a intestinului, ci apare în ileon şi se multiplică din ce în ce mai mult până în rect.

B. perfringens e foarte patogen în inoculaţii, secretează o toxină necrozantă (Veillon şi Zuber, Hallé, etc.), atacă şi descompune albuminoidele prin ajutorul unei diastaze analoage cu tripsina.

Pentru ca infecţiunea intestinală cu *perfringens* să se poată produce, trebue o modificare prealabilă a stărei chimice a intestinului şi a florei normale, care e împedicătoare (empechante).

Natura modificărilor necesare resultă din câtevà experienţe cari arată că :

1) Intr'un mediu lichid glycozat, dacă se însămânţează în acelaş timp *B. bifidus, perfringens enterococul* şi *coli*, mediul devenind din ce în ce mai acid la un moment dat, *b. bifid persistă singur.*

2) In mediuri lichide neglycozate, *b. berfringens rămâne învingător*, oprind cultura bifidului, pe când enterococul şi cocul continuă a se desvoltà. E probabil că în aceste condiiiuni *b. perfringens* secretează substanţe improprii vieţei b. bifid.

O condiţie primordială pentru dezvoltarea *b. perfringens* în intestinul sugaciului, este prin urmare scăderea proporţiunii de idraţi de carbon.

In punctul de vedere al *tratamentului*, autorul n'a tras nici un beneficiu, nici din dieta idrică, nici din irigaţiuni, nici din antisepticele intestinale.

Indicaţiunea principală e de a modificà mediul intestinal luând ca bază experienţele citate mai sus. Prin urmare: scăderea sau suprimarea materiilor proteice, regim compus în primul rând de zahăr, amidon şi grăsimi.

La acest regim autorul adaogă *ingestia de culturi* pure, de o specie microbiană nepatogenă, netoxigenă şi producând acidi abundenţi: *b. acidiparalactici*.

Sub influenţa acestui tratament restabilirea se face repede şi flora normală reapare.

Decì un memoriu aşà însemnat nu se poate discutà în câtevà rânduri vreau însă să relevez câtevà puncte slabe cari ar meritá o critică mai întinsă.

1) Din citirea observaţiunilor, rezultă că *b. perfringens* deşì aparent pe frotiuri, nu se găsià în cantitate *foarte mare*, cum se observă în celelalte *enterite*, în cari microbul patogen constitue aproape toată flora.

2). Acest fapt permite objecţia că *B. perfringens* ar puteà fi şi el un saprofit al scaunelor normale, care s'ar înmulţi în stările intestinale precum se înmulţesc cocii şi diplococii, cărora autorul, cu drept cuvânt, nu se gândeşte ale atribuì un rol patogen, deşi foarte abundenţi.

3) Ştim foarte bine că Tissier neagă existenţa *B. perfringens* la sugaciu normal. Dar, faţă de această negaţiune avem cercetările lui *Passini* şi ale lui *Moro* (*Jahr. f. kind* 1905 p. 723), cari afirmă că *b. perfringens* (identic cu: *B. flegmonului gazos lui Fraenkel*, cu *B. butyric imobil lui Schattenfroh şi Grassberger* şi cu *B. Enterites sporogenes al lui Klein*), este constant în scaunele normale ale sugaciului în forma sa sporogenă şi poate chiar în forma sa asporogenă, dar nu se poate bine dovedì decât cu metode speciale (anreicherungsmethode a lui Botkin).

4) In toate observaţiunile lui Tissier, şi *B. Rodella III* erà abundent pelângă *B. perfringens*. Pentru ce n'ar fi el cauza enteritelor? Patogenitatea *B. perfringens*, nu e un argument de mare valoare, de oare ce s'au găsit

adese ori în scaunele normale la sugaciu, bacterii foarte patogene ca d. ex. *B. oedemului malin* (Passini, Macé...) *B. putrificus coli Bienstock* (Passini, Moro...), etc. şi chiar *B. Rodella III* este după Moro (loc. cit, p. 727), de obiceiu *foarte* patogen.

In fine regimul terapeutic la care ajunge Tissier şi pe care il indică ca propriu, nu e decât o metodă clasică, întrebuinţată de mai mulţi ani în clinicile germane şi austriace, pentru toate cazurile în cari există scaune fetide (b. proteolytici). Această metodă a fost expusă de curând în limba franceză în cartea lui *Combe*, (vezi No. 1 din această revistă).

Singura parte a tratamentului proprie autorului, este ingestia de culturi de B. paralactici. Dar eficacitatea acestei practici se dovedeşte greu, fiind întrebuinţată concomitent cu regimul de hydraţi de carbon.

DR. GRIGORE IACOBSON.

Dr. J. Zappert. Ueber „paradoxes Schwitzen“ beim Kinde. (Despre asudarea paradoxală la copil). *(Jahrb. f. Kind·* Mai 1905). Autorul prezintă o observaţie unică a unei copile de 6 ani, la care secreţiunea sudorală erà provocată de frig, (plimbarea iarna pe frig, spălarea cu apă rece, desbrăcarea într'o cameră neîncălzită, etc.), pe când la căldură, (culcare în patexerciţii violente), nu se produceà nici o sudaţie. Acest caz diferă de cele cunoscute de *asudarea paradoxală* prin următoarele caractere:

a) Transpiraţia este localizată la regiunile cari în condiţiunile normale normale transpiră puţin (dosul mâinelor, partea de extensiune a membrelor superioare, ceafa, peptul), pe când regiunile cari asudă de obiceiu, sunt cruţate.

b) Asudarea se prezintă sub formă de accese, durând la început câtevà luni, pe urmă din ce în ce mai puţin (5—6 săptămâni), astfel că pare a fi o tendinţă naturală la vindecare. In intervalul aceselor, sudaţiunea este foarte moderată, provocată de cauzele obicinuite, însă tot mai accentuată în regiunile menţionate mai sus.

Nu se găseşte la această copilă nici un semn care ar putea face ca să se bănuiască o afecţiune oare care şi în particular a sistemului nervos.

Cu prilegiul acestei observaţiuni, autorul trece în revistă diferitele cauze de hyperidroză generalizată sau localizată, anomaliile secreţiunii sudorale şi observaţiunile cari prezintă analogii cu a lui, şi ca concluzie. caracterizează astfel acest caz: *o nevroză sudorală reflexă, cu reîntoarcere periodică, cu prognostic favorabil şi cu caracterele asudării paradoxale.*

DR. GRIGORE IACOBSON.

REVISTE ŞI PUBLICAŢIUNI ROMÂNE

IGIENĂ ŞI TERAPEUTICĂ

Dr. C. Goresou. O campanie anti-paludică făcută în comuna Belitori, (jud. Teleorman) în vara anului 1904. Teză pentru doctoratul Fac. din Bucureşti. Autorul a făcut în jud. Teleorman o încercare de chininizare preventivă după modul celor făcute în Italia şi în Colonii. A avut nenorocul de a cădeà pe o comună mare 2477 de locuitori, aşà în cât toţi cei ce ştiu ce va să zică examenul de sânge malaric — pot apreciă munca depusă cu atâta conştiinţă de autor. — Table cari conţin examenul clinic a fiecărui bolnav, şi care se întind pe 61 de pagini o probează în de ajuns. Din numărul locuitorilor 1509 au fost trataţi preventiv, iar 968 au fost lăsaţi ca martori, din cei 1509 trataţi cu chinină, numai unul singur a prezentat noi accese, pe când printre martori s'a constatat 85 de cazuri ceiace dă o proporţie de 11.4% pentru netrataţi şi 0,09% pentru cei trataţi.

Chininizarea se făceà după metoda lui Koch a 9-a şi a 10-a zi.

Autorul a încercat cu acelaş succes chininizarea la intervale mai depărtate 11-a până la 15-a zi.

De asemenea a notat un grup de 36 de adulţi, cari prezentase până pe la 13 ani accese palustre şi cari de atunci n'au mai avut, ceiace s'ar puteà interpretà ca un fel de imunizare.

In total din această interesantă campanie, reese că chininizarea preventivă este un excelent mijloc de combatere a paludismului în ţara noastră, dar pentru care se cere bani şi devotament.

Devotamentul se găseşte, probă autorul acestei teze, dar bani sunt mai greu de găsit. A. S.

M. Cialâc şi G. Dimitriu. **Tratamentul infecţiunilor puerperale prin injecţiuni intravenoase de Colargol.** *(Rev. Chirurgie* Aprilie 1905). In acest articol se aduce observaţia a 6 bolnave cu febră puerperală, vindecate prin injecţiile cu colargol Soluţia întrebuinţată la început a fost de 40%, în urmă, însă au redus-o la 1%, injectând în venă de astă dată o cantitate mai mare. Numărul injecţiilor de făcut nu se poate preciză la unele bolnave temperatura scăzând după prima injecţie, la alte bolnave fiind nevoie de mai multe injecţii repetate la intervale de 24 ore. Intr'un caz numărul injecţiilor a ajuns la 5.

In observaţii se constată, în adevăr, că după prima injecţie temperatura cade sub 37°. O nouă ridicare de temperatură necesită o nouă injecţie. Trebue însă precizat mai dinainte la ce ţine temperatura. In febrele bacilare, după cum se constată dintr'o observaţie a unei bolnave tuberculoase, temperatura n'a putut fi diminuată. Trebue ţinut de asemenea socoteală de difterizaţiile colului, a vaginului sau a vulvei, cari pot întreţiunea temperatură, acestea trebuesc tratate separat, local. Tratamentul local nu trebue înlăturat, ci cu dânsul trebueşte să se înceapă şi făcut paralel cu injecţiunile. In cazuri de extremă gravitate acţiunea colargolului e şi ea mai redusă. In una din observaţii se constată o bolnavă care deşi nu erà într'un caz de gravitate prea mare, totuşi cu temperatura de 40°, frisoane repetate, puls filiform, delir, şi la care fenomenele acestea au dispărut cu 2 injecţiuni cu colargol. Doza întrebuinţată e până la 0,15 ctgr.

In privinţa urcării temperaturei după injecţiuni, părerea autorilor e că ar fi datorită gradului mai mare de vitalitate şi prin urmare de reacţiune a organizmului. Din cele 6 observaţii, numai 2 bolnave, cari erau de o constituţie mai bună, au avut frison şi din contra, bolnave la cari s'au introdus doze mari până la 0,15 ctgr. dar cari aveau o stare generală mai proastă, nu l-au avut. Frisonul nu e cauzat de colargol şi deci e dreaptă aserţiunea lui Legrand, care pune un prognostic rezervat la bolnavele, cari nu l-au avut. Injecţiile se fac de obiceiu la plica cotului, cu toate regulele antisepsiei şi asepsiei care ne pune la adăpostul accidentelor. De cele mai multe ori aceste injecţii dau o împăstare urmată de sfacel, destul de jenant pentru bolnavă, cicatrizându-se greu. De aceea la Maternitatea se obicinueşte, injecţii făcute direct în safena internă pusă în evidenţă printr'o mică încisie şi punând 2 fire de legătură pe vas. Inchizând pielea cu 1—2 fire de catgut, operaţia e terminată fără ca să mai avem vreo împăstare. V. GRĂDINESCU.

MICROBIOLOGIE ŞI ANATOMIE PATOLOGICĂ

Prof. P. Riegler şi A. Ciucă. La morve expérimentale des animaux bovins. *Archiva veterinară.* An. II, No. 2. Doctrina clasică erà că animalele bovine au imunitate naturală contra morvei. Autorii au reuşit să învingă această imunitate naturală injectând intra venos, unei vaci de 5 ani, mai întâiu bacili morţi (6 injecţiuni în 7 luni) şi apoi o cultură vie foarte virulentă. Animalul moare 2 luni mai târziu prezintând noduli nervoşi tipici în ţesutul subt-cutan, aparatul respirator întreg, ganglionii bronchici şi subt maxilari. Culturi pozitive au fost făcută din sânge, ficat, rinichi.

Experienţa prezintă un interes deosebit arătând că se poate obţine o morvă experimentală analoagă cu aceea a calului la animale considerate până acum ca refractare. A. S.

NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE

Dr. A. Şunda. Nevroza lui M. Eminescu. (*Spitalul,* 15 Iulie 1905).

A. caută să stabilească din: bibliografiile poetului (Maiorescu şi Carageale), dintr'un memoriu publicat în revista „Fântâna Blanduziei“, din scrierile poetului (în special „Geniu pustiu“ pe care-l consideră ca o operă de confesie) şi ale rudelor sale precum şi din informaţii culese dela particulari, că *nevroza* constituţională a lui Eminescu descrisă şi de Dr. Zosin (*Spitalul,* 15 Iunie 1905) este de *natura epilepsiei psihice.* Acele fugi aşa de numeroase în viaţa genialului poet, pe cari ne obişnuisem să le atribuim firei veşnic nemulţumită şi visătoare a lui Eminescu, autorul se sileşte fără succes, a le explica printr'un *automatism ambulatoriu.* A. ŞT.

BIBLIOGRAFIE

PATOLOGIE EXTERNĂ ŞI TERAPEUTICĂ CHIRURGICALĂ

Poncet et **Leriche.** Tuberculose inflammatoire; ses localisations multiples, en particulier sur l'estomac, l'intestin, (*Lyon méd.* 4 Junie, 1905).

Girard, Sabrazès et **M. Léger.** Déséquilibre hémoleucocytaire et réaction iodopohile dans l'abcès du foie. *(Gaz. hebd. des soc. méd. de Bordeaux.* 11 Junie 1905).

Goullioud et **G. Faysse.** De l'amputation abdomino-péritonéale du rectum cancéreux. (*Revue de Chirurgie.* 10 Junie 1905).

E. Rollet. Complications oculaires du diabète. *(Bulletin méd.* 3 Junie 1905).

Georges. Luys. La cystoscopie à vision directe. *(Presse médicale.* 1905, Junie 21, pag. 393).

René de Gaulejag. Nouvelle pathogénie des varices. *(Presse médicale.* 1905, Junie 24, pag. 395).

A. Broca. Diagnosticul unei osteomyelite prelungite datând din prima copilărie. (Diagnostic d'une ostéomyelite prolongée remontant á la première enfance). *(Rev. Mens. des Mal. de l'Enf.* Janv. 1905).

Van den Bergh. Résultats éloignés de la transplantation des tendons. *(Annales de la soc. Médico-chirurg. d'Anvers.* 1905. No. 1).

Godts. Considérations au sujet du traitement des infections oculaires superficielles. *(Annales de la soc. Médico-chirurg d'Anvers.* 1905. No. 1).

Cathelin. La pathologie du méat urétéral. *(Bull. méd.* 7 Iunie 1905).

Antoniu. Des Kystes hydatiques des os du crâne. *(Presse Médicale.* 28 Iunie 1905, pag. 401).

Gaston Cotte. Gangrène phéniquée. (Note sur une nouvelle observation de gangrène phéniquée du médius droit. *(Presse médicale.* 1905, Iulie 5, p. 418).

Jean Lamoureux. Conseils pour le traitement d'une fracture de la jambe. *(Presse médicale.* 1905, Iulie 8. pag. 428).

F. Lejars. Traitement chirurgical précoce des collections liquides endopulmonaires, non tuberculeuses. *(Semaine médicale.* 1905, Iunie 28, pag. 301).

Bardesco. La résection des nerfs dans la gangrène douloureuse des membres. (*Presse médicale.* 1905, Iulie 15, pag. 444).

H. Huguier. Réduction des luxations récentes de l'épaule par un procédé simple, rapide, et non douloureux. *(Presse médicale.* 1905, Julie 12 pag. 435).

H. Violet. De l'état actuel de la thérapeutique radicale du cancer de l'utérus. *(Arch. gen de méd.* No. 21, 1905).

J. Levin. On decapsulisation of the kidney. (Asupra decapsulizațiunii rinichiului). *(American Journ. of Physiologie,* 1904).

DERMATOLOGIE

Tschlenoff. Über die Pagetsche Krankheit. (Despre morbul lui Paget). *(Dermatologische Zeitschrift.* 1905, pag. 91, 237 și 293).

Poór Fr. (Budapesta). Über die linienförmigen Narben, bei der hereditären Syphilis. (Despre cicatricele lineare în sifilisul ereditar). *(Dermatologische Zeitschrift.* 1905. H. 4).

Delbanco (Hamburg). Zur Zungentuberkulose der Papageien. (Tuberculoza linguală a papagalilor). (*Dermatologische Zeitschrift.* 1905, H. 4).

Norak. Beitrag zur Kenntniss septischer Exantheme.(Contribuție la cunoștința exantemelor septice). (*Archiv. f. Dermatologie.* 1905, I).

Kraus. Über eine eigenartige Hauttuberkulose ; gleichzeig ein Beitrag zur

Kenntniss der Verkalkung der Haut. (Despre o tuberculoză specială a pielei; totdeodată o contribuţie la cunoştinţa calcificării pielei. (*Archiv. f. Dermatologie.* 1905, I).

H. Martin-Roux. Mycosis fongoïde à ulcérations profondes traité et guéri par les toxines solubles du streptocoque de l'érysipèle. (*Rev. de méd.* No. 5, 1905).

NEUROLOGIE şi PSICHIATRIE

Gilbert Ballet. Le service des délirants de l'Hòtel Dieu. (*Presse médicale.* 1895, Iulie 15, pag. 441).

Léopold Levy. Affolement bulbaire. (*Presse médicale.* 1905, Iulie 12. pag. 433).

E. Clément. Myélites par toxines tuberculeuses. (*Cmpts. rend. de l'Academie des sciences.* 6 Fevr. 1905).

M-me Nageotte-Wilbouchévitch. Raideur juvénile. (*Rev. de méd.* No. 5, 1905).

P. Marie et **O. Crouzon.** De l'apoplexie traumatique tardive. (*Rev. de méd.* No. 5, 1905).

PEDIATRIE ŞI TERAPEUTICĂ INFANTILĂ.

Leon d'Astros. Strictura mitrală la copil, (rétrécissement mitral chez l'enfant). (*Rev. mens. des mol. de l'enf.* Iauuarie 1900).

Frenkel (Heiden) şi **L. Langstein.** Despre hypoplasìa congenitală familiară a cerebelului (Ueber angeborene familiäre Hypoplazie des Kleinhirns). (*Iahrb. f. Kinderheilk.* 1905, Mai).

E. Terrien. Traitement des nourrissons en état de croissance retardée. (*Presse médicale.* 1905, Iulie 5, pag. 419).

Deniker şi **P. Dézarnolds.** Des fractures supra-condyliennes de l'humerus chez l'enfant. (*Presse médicale.* 1905, 21 Iunie, pag. 385).

MEDICINĂ LEGALĂ.

Justus (Budapest). Über Arsenvergiftung auf Grund einer mikro-chemisch-histologischen Methode (Despre otrăvirea cu arsenic, pe baza unei metode micro-chimică-istologică). (*Dermatologische Zeitschrift.* 1905, H. 5).

Alfred Martinet. Intoxication hydrargyrique par obturation dentaire. (*Presse médicale.* 1905, Iulie 8, pag. 427).

A. Chauffard. La néphrite par le sublimé. *Sem. méd.* 11 Iunie 1905.

E. Forgue et E. Jeanbrau. Guide pratique des méd. dans les accid. de travail; *les suites méd. et judiciaires.* 1 vol. Masson, Paris, 1905.

IGIENĂ. EPIDEMIOLOGIE.

Romme. Le pharynx comme porte d'entrée de la méningite cérébro-spinale épidémique. (*Presse médicale.* 21 Iunie 1905, pag. 388).

Fauvel. (Pierre). Sur la valeur alimentaire de différents pains. (*Comptes-rendus de l'Académie des Sciences.* 22 Mai 1905).

Dejust. (Henri). Action de l'oxyde de carbone sur l'oxyde d'argent. Son application pour déceler des traces de ce gaz dans l'atmosphère, *(Comptes-rendus de l'Acad. des Sciences.* 8 Mai 1905).

MICROBIOLOGIE. ANATOMIE PATOLOGICA. FIZIOLOGIE NORMALĂ ȘI PATOLOGICĂ.

Gautrelet. Parallélisme des variations de l'alcalinité apparente du sang et de l'hémoglobine en pathologie. *(Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux* 28 Mai 1905).

Desgrez et M-lle Guende. La déminéralisation de l'organisme au cours de la dyscrasie acide. *(Comptes-rendus de l'Académie des Sciences.* 29 Mai 1905).

Charrin et le Play. Origine végétale de diverses maladies. *(Comptes-rendus de l'Académie des Sciences.* 29 Mai 1905).

Tribot. Sur les chaleurs de combustion et la composition chimique des tissus nerveux et musculaire chez le cobaye, en fonction de l'âge. *(Comptes-rendus de l'Acad. des Sciences.* 5 Juin. 1905).

Carré. Sur la maladie de chiens. (Jigodia). *(Comptes rendus de l'Académie des Sciences.* 29 Mai 1905).

Leboucq. (Gand). Le but et les tendances de la morphologie humaine. *(Annales de la soc. Médico-chirurg. d'Anvers.* 1905, No. 1).

Detre u. **Sellei.** Hämagglutinationsuntersuchungen bei gesunden und kranken Individuen (Cercetări asupra aglutinației la sănătoși și bolnavi). *(Archiv f. Dermatologie.* Bd. 72, H. 3.

Percher. Dosage du sucre dans le sang au moment de l'accouchement chez la chèvre sans mamelles. *(Comptes-rendus de l'Académie des Sciences.* 8 Mai 1905).

Cernovodeanu (M-elle P.) et **V. Henri.** Recherches physico-chimiques sur l'hémolyse. *(Comptes-reudus de l'Académie des Sciences.* 22 Mai 1905).

A. Chantemesse et **W. Podwyssotsky.** Les processus généraux. Vol. al II-lea. Paris. Masson, 1905.

Bisanti et **Panisset.** Le bacille tuberculeux dans le sang après un repas infectant. *(Cmpts. rend. de la soc. sc. Biol.* 21 Ian. 1905.

Meyer. Ist der Typhus eine Infektionskrankheit? (Febra tifoidă este ea o boală infecțioasă?) *(Fortschritte der Medizin.* 1 și 10 Ian. 1905).

Lombardi. Contribution à l'étude de l'hermaphrodisme dês voies génitales. *(Presse médicale.* 1905 Iulie 5, pag. 417).

Potocki et **Branca.** L'œuf humain et les premiers stades de son développement. *(G. Steinheil.* 1905).

Angelo Pugliese. Contribution à la connaissance des subst. anticoagulantes du sang et des organes et tissus *(Journ. de Physiol. et Pathol. génér.* No. 3, 1905).

Boeg. Ueber erbliche Disposition zur Lungenphthisis. (Predispozițiunea ereditară pentru tuberculoza pulmon. *(Zeitschr f. Hygiene.* XLIX—1905).

G. Rosenthal. La nonspécificité gyppale du coccobacille de Pfeiffer. *(Arch. gén. de méd.* No. 21, 1905.

Fuster et **Godiewski.** Sur un cas d'intoxication hydatique suraiguë tardive. *(Arch. gén. de méd.* No. 21—1905.

L. Lévi. Essai physiopathologique sur le mécanisme de la faim, ses variations ses viciations. *(Arch. gén. de méd.* No. 19, 1905.

K. Glaessner. Zur Frage der Auto-intoxication bei Stuhlverstopfung. Autointoxicaţiunea constipaţilor). *(Zeitschr. f. exper. Path. u. Therap.* I. 1905.

Gauckler et **R. Bing.** Sur quelques modifications histopathologiques du réticulum splénique. *(Journ. de Physiol. et de pathologie générale.* No. 3, 1905.

W. Kausch. Trauma und Diabetes mellitus und Glycosurie. *(Zeitschr. f. Klin. Mediz.* LV, 1905.

Chaine J. Observations sur les intersections tendineuses des muscles polygastriques. (*Comptes-rendus de l'Académie des Sciences*, 22 Mai 1905).

Frunck. Les nouvelles méthodes de coloration de la chromatine, (*Journ de méd. de Bruxeles*, 1 Iunie 1905).

L. Margain. Contribution à l'étude de l'origine du pigment dans le diabète bronzé et de la pathogénie de cette affection. (*Rev. de méd.* No. 5, 1905.

Porcher Ch. Recherches sur la lactase animale. (*Comptes-rendus de l'Académie des Sciences,* 22 Mai 1905).

Guillemard et **Vranceano.** Sur la toxicité des alcaloïdes urinaires. (*Comptes-rendus de l'Acad. des Sciences*, 8 Mai 1905).

Ch. Porcher. Sur la physiologie de la mamelle. (*Lyon méd.*, 28 Mai 1904).

Batelli F. Les vaso-constrictines dans les sérums normaux. (*Compt. rend. de la soc. de Biol.*. 14 Ian. 1905.

Colombo (Roma). Influence de l'ingestion du lait sur la pression artérielle chez l'homme. (*Compt. rend. de la soc. de Biol.*, 14 Ian. 1905).

S. S. Rodygrobov. Acţiunea travaliului muscular asupra funcţionărei glandelor pepsice. (*Rousski Vratsh*, 15 Ian. 1905).

Giraud. L'oeil arthritique. (*Revue des Maladies de la nutrition*, 1905 No. 3.

Roeser. Les fonctions de défense. (*Revue des Mal. de la nutrition*, 1905 No. 3.

Piéry et **Mandoul.** Les variations morphologiques et numériques du bacille de Koch et la séméiologie de la tuberculose pulmonaire. (*Arch. gén. de méd.*, No. 19, 1905.

Weintraud. Polyglobulie und Milztumor. Poliglobulie si splenomegalie. (*Zeitschr f. klin. Med.*, 1905).

Minkowski. Zur Pathogenese des Icterus. (*Zeitschr f. klin. Med.* LVV. 1905.

Elie de Cyon. Les nerfs du coeur 1 vol. Felix Alcan, Paris 1905.

PATOLOGIE INTERNA.

A. Mathieu et **Roux.** La Sialorrhée nerveuse. (*Gaz. des hôp.*, 6 Iunie 1904).

Vergely. Fausses Grippes. (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 Iunie 1905).

F. Widal et **A. Javal.** La rétention de l'urée dans le mal de Bright comparée à la rétention des chlorures. (*Semaine médicale*, 5 Iulie 1905, pag. 313).

Ch. Aubertin. Origine myélogène de la leucémie aiguë. (*Semaine médicale*, 14 Iunie 1905, pag. 277).

H. Beitzke. Einiges über die Infektionswege bei der Lungentuberkulose.

(Asupra căilor de infecţiune în tuberculoza pulmonară. (*Berl. klin. Wochenschr.* 16 Ian. 1905).

R. Romme. Symptomatologie et clinique de la méningite cérébro-spinale. (*Presse médicale*, 5 Iulie 1905, pag. 421).

Alexandre Mazeran. L'atonie dans les dyspepsies. (*Presse médicale*, 17 Iunie 1905, pag. 379).

Th. Ionesco et **J. Grossman.** Pylorospasme avec hypersécrétion et tétanie. Etude clinique et expérimentale (*Presse médicale*, 1905 Iulie 1, pag. 409).

Klempe:er F. Ueber Fieber bei Syphilis der Leber. Febra în sifilisul hepatic. (*Zeitschr. f. klin. Med.*, LV. 1905.

H. Ehret. Ueber die Fieber bei der Gallensteinkrankheit. Febra în litiază biliară. (*Zeitschr. f. klin. Medizin*, LV 1905.

Piéry Mandoul et **Ortal.** Bacilles de Koch et hémoptysies. (*Compt. rend. de la soc. de Biol.*, LVIII, 22 Ian. 1905.

G. Schwartz. Ein operativ behandelter Fall von Pneumonomycosis aspergillina. Operaţiunea unui caz de o mycoză pneumonică aspergilară. *Zeitschr. f. klin. Med.*, LVI 1905).

A. Loeb. Beitrag zum Stoffwechsel Magenkranker. (Contribuţie la studiul schimburilor nutritive în boalele stomacului. (*Zeitschr. f. klin. Med.*, LVI 1905).

Dr. R. Oestreich und **O. de la Camp.** Anatomie und physikalische Untersuchungsmethoden. Anatomia şi metodele fizice de exploraţiune clinică- (*S. Karger*, Berlin 1905).

S. Lipetz. Ueber die Wirkung der sog. Noorden'schen Hafercur beim Diabetes mellitus. (Acţiunea curei de ovăz a lui V. Noorden în diabetul sacharat. (*Zeitschr. f. klin. Med.*, LVI, 1905.

M. P. Kiréiev. La réaction du sang dans le typhus exanthématique (*Medizinskoe obozrén*, XLII 1904).

Bourée F. Etudes sur la pathogénie de la dilatation des bronches. (*Thèse*, Paris, 1905).

L. Renon. Les maladies populaires. (*Masson*, Paris 1905).

H. Gaudon. Essai sur la pathogènie du pouls lent permanent. (*Thèse*, Paris 1905).

P. Rudaux. Formes et traitement de l'ictère pendant la grossesse. (*Arch. gén. de méd.*, No. 19, 1905).

C. W. Paget Moffail. Myelopatic albumosuria (*Revistă generală asupra albumosuriei lui Bence Jones. Th. Lancet*, 28 Ian. 1905).

G. Lovell Gulland and **Alexander Goodal.** Pernicious anaemia. (*Journ. of. Pathol. and Bacteriology*, X 1905).

H. Falkenheim. Pseudoleukämie und Tuberculose. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV 1905).

R. Bensaude et **L. Rivet.** Les formes croniques du purpura hémorhagique. (*Arch. gén. de méd.*, 1905).

Paul Carnot. Dosage clinique de l'acidité gastrique par la méthode des tubes capillaires. (*Compt. rend. de la soc. de Biol.*, 4 Feb. 1905).

G. Linossier. Procédé simple de dosage du sucre et des substances réductrices dans l'urine. (*Compt. rend. de la soc. de Biol.*, LVIII, 11 Febr. 1905.)

R. Lynch. Etude des fèces normales. (Broşură de 195 p. Buenos-Ayres.)

TERAPEUTICĂ.

Bergonié. La Radiothérapie du Cancer du sein (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 25 Iunie 1905)

A. Ducros. Le bain prolongé. (*Lyon méd.* 25 Iunie 1905).

Quadrone. Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des rayons Röntgen. (*Centr. für innere Med.* 17 Iunie 1905).

Hochheim. Expériences cliniques avec le digalène. (*Centralb. für inn. Medizin.* 3 Iunie 1905).

A. Robin. Le traitement médical des hémorrhoïdes. (*Bulletin méd.* No. 45. 10 Iunie 1905).

Alfred Martinet. Comment il faut administrer les formiates. (*Presse médicale.* 17 Iunie 1905, p. 380).

Ch. Vermeulen. A propos des formiates en thérapeutique. (*Presse médicale.* 1 Iulie 1905, pag. 412).

G. Mahu. Traitement de l'ozène par les injections de paraffine solide. (*Presse médicale,* 1905, Iulie 1, pag. 411).

G. Keim. De la médication ocytocique (sucre et quinine). (*Presse médicale.* 1905, Iunie 24, p. 402).

Bergonié. Sur une nouvelle méthode de protection contre les rayons de Röntgen. (*Comptes rendus de l'Acad. des Sciences.* 5 Iunie 1905).

Léon Plumier. Action de la digitoxine, de la digitaline et de l'alcool sur la circulation cardio-pulmonaire. (*Journ. de physiol. et pathol. gén.* No. 3, 1905).

G. Gabritschewsky. Zur specifischen Therapie der Febris recurrens. (*The New-York medical Journ.* LVI. 1905).

L. Rénon et **Vernac.** Action du carbaminate de Methylhydrazine (marétine) sur la fièvre des phtisiques. (*Arch. gén. de méd.* No. 20, 1905).

L. Barthe. Elimination totale de l'arsenic organique ingéré à l'état de méthylarsinate de soude. (*Compt. rend. de la soc. de Biol.*, 14 Janv. 1905).

Kellermann. Über die Ausscheidung des Iods im Schweiss. (Eliminaţiunea iodului prin sudoare). (*Zeitschrift f. exper. Pathol. u .Therap.*, I, 1905).

Léon Plumier. Action de la trinitrine et du nitrite d'amyle sur la circulation cardio-pulmonaire. (*Journ. de physiol. et de pathol. génér.* No. 3, 1905).

Ch. Esmonet. L'abus des lavages d'intestin. (*Arch. gén. de méd.* No. 21, 1905).

L. Rimbaud. Vaccination et sérothérapie antituberculeuse. (*Thèse de Montpellier,* 1904 — 1905).

BIBLIOGRAFIE ROMÂNEASCĂ

(*Teze. — Iaşi 1905*).

E. Savini. Cercetări asupra morfologiei şi biologiei bacilului Z.

Tereza V. Castano. Contribuţiuni la studiul clinic şi anatomo-patologic al boalei lui Little.

Const. Petrescu. Despre Veronal.

B. Mendel. Contribuţiuni la studiul clinic al manifestaţiunilor cutanate ale terţiarismului.

H. I. Abramovici. Tratamentul eczemei.

P. Nicolaescu. Contribuţiuni la tratamentul chirurgical al guşei.

Cl. Blumenfeld. Contribuţiuni la studiul etiologiei paraliziei generale progresive.

Eugenia Apostolescu. Afecţiunile osoase în sifiiiisul ereditar tardiv.

B. Brandmark. Valoarea terapeutică a fructelor de petroselinum sativum în obstetrică.

Elena Vereanu. Retenţiuni menstruale prin malformaţii congenitale.

C. Parhon şi **M. Goldstein.** Un caz de isterie simulând scleroza în plăci şi siringomielia. (*Spitalul*, No. 10, 1905).

I. Mitulescu. Tratamentul sistematic al tuberculozei pulmonare. *Spitalul*, No. 10, 1905).

I. Jianu. Contribuţiuni la chirurgia experimentală a aortei abdominale. (*Spitalul*, No. 10, 1905).

N. C. Mihăilescu. Relaţiune asupra unei călătorii de studii în Germania, (*Spitalul*, No. 10. 1905).

C. Poenaru-Căplescu. Tuberculoza la noi. Conferinţă. (*Spit.* No. 10, 1905).

I. Nanu-Muscel. Kist hidatic al lobului inferior al plămânului drept. (*Spitalul*, No. 11, 1905).

Noica. Citodiagnosticul în tumori cerebrale şi în emiplegii sifilitice. (*Spitalul*, No. 11, 1905).

C. Parhon. Asupra unui caz de tetanie tiroidiană. *Spitalul*, 1905).

L. Strominger şi **G. Dimitriu.** Consideraţiuni asupra 3 cazuri de prostatectomii din punctul de vedere al procedeului operator. (*Spitalul*, No. 11, 1905).

A. A. Lambrior. Syphilis et paralysie générale. (*Bull. de la Soc. de méd. et, nat. de Iassy*, No. 5—6, 1905)..

L. Russ-junior et **C. Petresco.** Rupture de l'aorte. (*Bull. de la Soc. des méd. et nat. de Iassy*, No. 5—6).

A. A. Lambrior. Un cas de syphilis cérébro-spinale revètant la forme Aran Duchenne. (*Bull. de la Soc. des méd. et nat. de Iassy*, No. 5—6, 1905).

Florea Simionescu. Quelques mots sur l'ozène trachéal. (*Bull. de la Soc. des méd. et nat. de Iassy*, No. 5—6, 1905).

V. Imerwol. Hypotrophie infantile d'origine hydrocéphalique. (*Bull. dela Soc. des méd. et nat. de Iasssy*, No. 6—6, 1905).

CHESTIUNI PROFESIONALE

1). Numiri şi permutări.

Medicii, mai jos notaţi, au fost transferaţi şi numiţi, după cum urmează:

D-l dr. Firu Diţulescu, medic al spitalului rural Tecuciu-Kalinderu din jud. Teleorman, în aceiaşi calitate la spitalul rural Drăgoeşti din jud. Olt, definitiv pe baza concursului depus, în locul d-lui dr. Emil Florescu, demisionat.

D-l dr. Mauriciu Nisescu, medic al oraşului Zimnicea, medic al spitalului rural Tecuci-Kalinderu.

D-l dr. Nicolae Crisochefalo, medic al spitalului judeţian Mălăeşti însărcinat şi cu serviciul medical al cir. Mijloc din jud. Fălciu, medic al oraşului Zimnicea provizor până la concurs.

D-l dr. Th. I. Theodor, medic al spitalului judeţian Mălăeşti.

D-l dr. Mih. Minculescu medic al oraşului Hârlău din jud. Botoşani, definitiv pe baza concursului ce are depus, în locul d-lui dr. Mih. Gane care ocupă provizoriu acest loc.

D-l dr. Titu Mănescu, medic al spitalului rural Babadag din jud. Tulcea, provizor până la concurs, în locul d-lui dr. G. P. Mironescu, demisionat.

D-l dr. Ioan M. Miras, medic de cuartal al comunei Galaţi, definitiv pe baza concursului depus, în locul d-lui dr. C. Galin, rămas a se chemà în altă funcţiune.

D-l dr. Marin Rădulescu, medic al circumscripţii Buimăceni din jud. Botoşani, în locul d-lui dr. B. Marcovici, care ocupă postul provizoriu.

D-l dr. Sofron Comşa, medic al plăşii Medgidia din jud. Constanţa, în locul d-lui dr. Carol Brill care ocupă provizor postul.

D-l dr. August Donat, medic al plăşii Dealu-Dâmboviţa din jud. Dâmboviţa, la plasa Bolintin din acelaşi judeţ, în locul d-lui licenţiat în medicină Mina Ionescu, trecut în locul celui dintâiu.

D-l dr. Gh. Popovici, actual medic al plăşii Cârligătura din judeţul Iaşi, şi d-l dr. Beno Th. Stener, actual medic provizoriu al spitalului judeţean Voineşti, însărcinat şi cu serviciul medical al plăşii Stavnic, acelaşi judeţ, unul în locul altuia.

2). Admiteri la libera practică a medicinei umane, veterinare şi a moşitului.

D-nii Rosemberg L. Michel, Vrabie A. Gheorghe, Teoharide P. Constantin, Rapaport Leon, Tatos Gabriel, cu diploma de doctori în medicină dela Universitatea din Bucureşti şi d-nii Buzenchi Emilian, Teodor Teodor, Fainghenbaum Mendel, Koffler Emil şi Ticamis Alexandru, cu diploma de doctori în medicină dela Universitatea din Iaşi, au obţinut dreptul de liberă practică a medicinii în ţară.

D-l Constantin Grigoriţă, cu diploma de medic veterinar dela şcoala superioară de medicină veterinară din Bucureşti, a obţinut dreptul de libera practică a medicinei veterinare în ţară. Idem d-l G. N. Dolfu cu diploma dela şcoala veterinară din Lion.

D-na Poplaschi Paulina, cu diplomă de moaşă dela Institutul „Maternitatea“ din Bucureşti, a obţinut dreptul de liberă practică a moşitului în ţară.

3). Diverse măsuri luate în interesul Serviciului Sanitar.

Direcţiunea Generală a Serviciului Sanitar dorind să înfiinţeze câte o bibliotecă pe lângă fiecare spital rural al Statului, deocamdată le-a trimes următoarele volume: Recensământul general al populaţiunii României, 4 volume din Tratatul de chirurgie al d-lui dr. Kiriak, un volum „Apele minerale şi stațiunile climaterice din țară“ de d-l dr. Șaabner-Tuduri și a făcut abonamente pentru fiecare spital la următoarele reviste: „Revista de chirurgie“, „Revista științelor medicale“, „Spitalul“ și „Antialcoolul“.

Inițiativa este afară de laudă și face onoare aceluia, care se îngrijește de soarta instituțiunilor puse sub controlul său.

Infirmeriile rurale au fost dotate de Direcțiunea Sanitară cu scuipători metalice, procurate de casa Broehm.

Leproșii din ospiciul Răchitoasa (județul Tecuciu) pe ziua de 1 Iulie c. au fost transferați în leprozeria Tichilești din județul Tulcea, leprozerie instalată în localul vechiului schit cu același nume, destinată numai pentru lepră și așezată în Dobrogea, deoarece în această parte a țării numărul bolnavilor de această maladie este mai însemnat.

In ospiciul Răchitoasa vor rămâne numai infirmi, al căror număr în prezent este 40.

Direcțiunea Generală a Serviciului Sanitar, având în vedere intervenirea făcută de Societatea pentru profilaxia Tuberculozei, a luat dispozițiuni, prin medici primari de județe de a se trimite cât mai mulți copii săraci în colonii școlare la țară.

Direcțiunea sanitară fiind informată că în unele comune rurale, unii preoți parohi, refuză înmormântarea în cimitire a copiilor născuți morți, și locuitorii sunt nevoiți a îmormântà asemenea cadrave prin curți sau grădini, fără nici o regulă și nici un control, pentru a se asigurà adâncimea groapei, astfel ca cadravele să nu fie mâncate de animale sau să infecteze aerul și chiar izvoarele puțurilor, a intervenit de urgență pe lângă autoritățile în drept ca la o parte a cimitirului să se primească spre înmormântare copii născuți morți, astfel ca să înceteze cât mai curând periculosul obiceiu de a se îngropà asemenea cadavre prin grădini și curțile caselor.

Ordine circulare date pentru studierea a diverse cestiuni sanitare de o importanță remarcabilă pentru țara noastră.

Din statistica mișcării populațiunii României rezultând pe de o parte că în ce privește natalitatea, suntem printre cele dintâi țări din Europa ca natalitate mare (40 la mia de locuitori), iar pe de alta că și mortalitatea este însemnată (27 la 1000 locuitori), astfel că câștigul regulat dintr'o natalitate înfloritoare se prinde printr'o mortalitate mare;

Considerând că dacă s'ar cunoaște de aproape cauzele cari contribuesc la mărirea mortalității, prin măsurile ce s'ar puteà luà în consecință, s'ar evità, o serie de cauze și prin aceasta mortalitatea ar diminuà, s'a dispus facerea unei serioase și amănunțite anchete asupra cauzelor descreșterii populațiunii pe o serie de 7 ani consecutivi (1898—1904) îndreptându-se activitatea mai ales asupra următoarelor puncte:

1). Mortalitatea și natalitatea; cauza excedentului (cui se datorește, mortalității mari, sau natalității mici)?

Se va insistà asupra cauzei mortalităței copiilor în primele zile și în primele luni (dacă e). Sunt concubinage? celibatari? născuți-morți? aborturi? prostituate clandestine?

2). Se va enumărà boalele cari au pricinuit decesele în anii notați.

3). Se va studià apa de băut. Cum sunt puțurile?

4). Curățenia generală a statului: ce se face cu gunoaele dela vite și din locuințe și cu celelalte necurățenii casnice? Materille fecale unde se depun?

5). Starea locuințelor: materialul de construcțiune, numărul încăperilor; numărul sufletelor dintr'o locuință; mărimea ferestrelor și dacă ele se pot deschide. Dacă locuințele se văruesc și de câte ori pe an?

6). Dacă sunt băltoace în sat. Dacă șanțurile au scurgere, sau stagnează în ele murdării.

7). Clima, vânturi, ploi, uscăciune, geruri.

8). Constituția solului.

9). Câți pelagroși, sifilitici, tuberculoși? Impaludați sunt mulți? Alcolismul e întins?

10). Cine asistă pe femei la naștere: empirice sau moașe?

11). Prejudiciile în ce privește căutarea bolnavilor, facerea curățeniei după morți.

12). Alimentația.

13). Imbrăcămintea.

14). Munca: Câte luni pe an muncesc și atunci câte ore pe zi? Ocupația locuitoriior.

15). Starea materială a locuitorilor (avuți, înlesniți, săraci, lipsiți. A se arătà numeric).

16). Câte cârcimi sunt în sat? Cât se consumă pe an și ce anume băuturi de predilecție. Băuturile sunt regulamentare? (au fost analizate vreodată și la ce institut?)

Mortalitatea copiilor în prima lună după naștere fiind mare, atât în comunele rurale, cât și în populațiunea săracă dela orașe, și această mortalitate fiind datorită mai cu seamă tetanosului nouilor născuți, asupra căruia totuși nu avem o statistică preciză, s'a dispus să se facă o statistică cât se poate mai exactă asupra mortalității în prima lună după naștere.

Pentru culegereà datelor se vor întrebuințà moașelor funcționare, iar în orașe se va recurge și la moașele particulare.

Moașa va vizità în prima lună după naștere pe toți copii din circumscripția sa; dacă primul din acești copii va muri, moașa, în comunele rurale, va înscrie pe cotorul actului de deces simptomele principale ce le a prezentat copilul în timpul boalei, diagnoza pe care o va crede ea și numele moașei (empirice sau diplomată) care a asistat la nașterea lui, iar în comunele urbane aceste date le va trimete medicului comunal respectiv.

La finitul fiecărei luni, medicii de plasă, oraș, etc. vor concentrà toate aceste date într'o tabelă, iar toate tabelele se vor concentrà apoi la Direcțiunea Sanitară într'un tablou.

Cu modul acesta se va cunoaște deaproape intensitatea mortalității în prima copilărie în diferitele regiuni ale țerii și se vor puteà luà măsuri eficace de prevențiune.

DR. N. POPOVICI.

ANUL I. No. 4. (AUGUST 1905) VOLUMUL I.

REVISTA
ȘTIINȚELOR MEDICALE

Dr. Grigorie Iacobson.
Fost intern al Spitalelor din Paris.
Docent de Clinică Infantilă la Facultatea de medicină din București.

SCROFULOZA

DUPĂ PĂRERILE AUTORILOR MODERNI

Nu mă voi ocupà nici de istoricul detaliat, nici de descripțiunea clinică a scrofulei, capitole cari se pot găsì bine expuse în tratatele clasice (1). Scopul meu e de a arătà în puține cuvinte cum s'a modificat concepția de scrofulă, *plecând dela descripția clasică a lui Bazin,* și de a analizà vederile autorilor moderni asupra acestei concepții care, după ce la un moment dat a fost amenințată de a pierì, tinde astăzi ca să renască.

Mă voi mărginì a rezumà lucrările cele mai însemnate, lăsând la o parte, dinadins, părerile nedesvoltate ce se găsesc împrăștiate în diverse tratate sau memorii.

* * *

Pentru Bazin, scrofula erà o *maladie constituțională*, pentru alții, o *diateză...* dar diateza era pe atunci definită: o boală cronică („Une maladie chronique à longue échéance“), astfel că pentru toţi autorii de pe vremea lui Bazin, scrofula erà o *maladie* (maladia scrofuloasă a lui Lugol). Evoluţia acestei maladii era împărţită în:

---

(1) Pentru istoric vezi mai cu seamă articolul lui Brissaud din Dicț. Jaccoud, cartea lui Gallois (*La scrofule et les infections adenoïdiennes,* Paris 1900) și Monografia lui Cornet (*Die scrofulose, in Nothnagels spec. Path. u. Thérapie,* 1900).

Pentru descripția clinică, tratatele de medicină ale lui Charcot-Bouchard și Brouardel-Gilbert, și încă sus-menționata monografie a lui Cornet, precum și lucrările citate în cursul acestui studiu.

1) *O perioadă prodromică* (Habitus scrofulos);

2) *O perioadă de boală confirmată*, evoluând în 4 etape:

a) prima etapă coprinzând: eczema, impetigo, blefarita cronică, coryza cronică, otorrheele, ipertrofia amigdalelor, adenitele acute, etc.;

b) etapa II-a caracterizată prin scrofulidele plastice şi ulceroase, adenitele cronice cervicale supurate cu fistule (ecrouelles)...

c) etapa III-a în care intrau abcesele reci subcutanate, ganglionare, periostice; periostitele plastice şi iperostozele, cariile, spina ventosa, necrozele, tumorile albe...

d) etapa IV-a, sau etapa afecţiunilor viscerale în care se cuprindeà: ftizia pulmonară, bronşică, pleurală, abdominală (peritonita tuberculoasă, tuberculoza ganglionilor mezenterici), tuberculozele testiculelor, ovarelor, corpurilor vertebrale, prostatei, băşicei, rinichilor...

3) *O perioadă de cachexie scrofuloasă* cu diaree, supuraţii, albuminurie, degenerescenţe amyloïde, etc.

In ceea-ce priveşte raporturile între scrofulă şi tuberculoză, chestiunea e cu mult mai anterioară cercetărilor experimentale şi microscopice: van Swieten da nodulilor plămânilor ftizici numele de *strumae;* Portal vorbeşte de *ftizie scrofuloasă*, şi, pentru dânsul tuberculul este „o tumoare rotunjită, conţinând materie scrufuloasă“. Bayle (1774—1816), priveşte ftizia tuberculoasă ca o maladie cronică, specifică, de *natură scrofuloasă*, şi pronunţă cuvântul de *„tuberculosă mezenterică;* Hufeland (1796), denumeşte tuberculoza pulmonară comună: *ftizie scrofuloasă tuberculoasă*, etc.

Laënnec însă cel dintâi enunţă cu precizie teoria *unicistă*: scrofulele nu sunt, după părerea lui, decât localizări tuberculoase în ganglioni, şi această părere este împărtăşită de Rilliet şi Barthez, Cruveilhier, Rokitansky şi mulţi alţii.

Dar în opoziţie cu teoria unicistă, se iveşte peste puţin alta, diametralmente opusă, apărată de însuşi Virchow. E bine cunoscută deosebirea ce o făceà savantul german între tuberculul, formaţiunea caracteristică a tuberculozei şi *materia cazeoasă*, substanţă fără specificitate, care nu reprezintă decât un ţesut mort, la care poate duce procesurile cele mai diverse.

Formaţiunile scrofuloase n'ar fi decât modificări a ţesuturilor, cari iau, în parte, caracterul iperplazic, în parte caracterul inflamator. Scrofula, în sensul cel mai strict, este, în primul rând o afecţiune a ganglionilor limfatici, care are ca substrat o imperfecţiune a sistemului ganglionar.

Teoria dualistă a lui Virchow a fost rând pe rând sdruncinată prin lucrările lui Villemin (1868—69), a lui Koster care găseşte tuberculi în fongozităţile articulare, a lui Schuppel (tuberculi în ganglioni ipertrofiaţi), a lui Friedländer (tuberculi în abcese cutanate scrofuloase şi în lupus), a lui Cohnheim şi Salomonsohn (tuberculoză miliară a irisului, produsă prin inocularea părţilor cazeoase din ganglioni), a lui Schüller (artrite tuberculoase produse prin inocularea materiei cazeoase din ganglionii scrofuloşi), etc. etc.

Dar, mai cu seamă după descoperirea lui Koch, s'a crezut la un moment dat, că chestia va fi tranşată în profitul uniciştilor.

* * *

Această descoperire păreà a oferì cercetărilor un criteriu sigur asupra naturei tuberculoase sau netuberculoase a manifestărilor scrofuloase.

Koch însuşi a găsit bacili în ganglionii scrofuloşi, în afecţiuni articulare şi osoase de natură scrofuloasă, în lupus; a cultivat bacili tuberculoşi din ganglioni scrofuloşi şi a provocat tuberculoza la animale prin inocularea ţesuturilor scrofuloase.

In urmă, un mare număr de savanţi complectând cercetările lui Koch (Demme, Schuchardt şi Krause, Müller, Kanzler, Cornil şi Babeş, Ritter, Doutrelepont, A. Pfeiffer, Pagenstecker, Albrecht, Letulle, Haushalter, Volkmann, Cornil şi Leloir etc...) au dovedit natura tuberculoasă a unui mare număr de afecţiuni, privite ca scrofuloase, ale articulaţiunilor, ganglionilor, pielei etc., fie prin căutarea bacililor, fie prin inoculări.

Dar din potrivă, într'un alt grup de afecţiuni, făcând parte din vechia scrofulă, cu deosebire în leziunile superficiale din 1-a periodă a lui Bazin (catare ale nasului, ochiului, eczema, impetigo ozena, otite etc.) nu s'au găsit ori s'au găsit, într'un mod excepţional bacili tuberculoşi, demonstrându-se în acele afecţiuni presenţa altor microbi, sau relaţiunele unora din ele cu sifilisul.

Iată prin urmare, scrofula veche desmembrată prin distribuirea manifestărilor ce o compuneau în diferite clase: tuberculoză, infecţiuni banale, sifilis.

Dar, în curând iată că problema care părea rezolvită s'a complicat prin publicarea unor observaţiuni noi de 2 feluri:

1). In unele afecţiuni a căror natură tuberculoasă părea demonstrată, s'a observat cazuri în cari bacilii lipseau. Koch însuşi n'a putut găsi bacili în unii ganglioni cari arătau chiar puncte ramolite, în unele cazuri de lupus, de abcese reci şi de tumori albe.

Numeroase alte rezultate negative au mai fost publicate de Kanzler, Malassez, Schlegtendahl, Biedert, Giessler şi Ranke, Wissokowitsch şi Biedert, J. Ritter şi alţii.

2). In alte afecţiuni cari n'au de sigur nici un raport cu tuberculoza, bacilul lui Koch a fost dovedit în unele cazuri: Demme l'a găsit într'o eczemă, Dieulafoy şi Lermoyez în vegetaţiuni adenoide......

Prin urmare nici prezenţa bacilului nu poate fi considerată ca un criteriu absolut al naturei tuberculoase.

De sigur că prezenţa bacililor în leziuni dovedite netuberculoase, se explică uşor printr'o infecţiune secundară accidentală. Dar acest proces nu poate oare fi mai general? Ce ne demonstrează că lucrurile nu se petrec la fel şi în artrite, osteite, adenite, infecţiunea tuberculoasă fiind precedată de o leziune scrofuloasă? In favoarea acestei presupuneri pledează numeroasele cazuri semnalate mai sus, în cari savanţi de valoare nu au găsit bacili în leziuni considerate de obicei ca tuberculoase.

Aşă se prezintă chestia scrofului în ajunul periodei moderne. Să studiăm acum modul cum faptele precedente sunt înterpretate de savanţii contemporani.

* * *

In Franţa, leagănul scrofulei, scrofula a dat faliment. Savanţii francezi au primit desmembrarea săvârşită de bacteriologie.

In multe cărţi didactice, cu deosebire în noua ediţie din *„Traité des maladies de l'Enfance“* a lui Grancher-Comby, capitolul scrofulă a fost suprimat şi de Gennes (¹) scrie: „la scrofule a cessé d'exister en tout qu'entité morbide".

Totuşi francezii nu au renunţat definitiv la *„marotta"* lor; majoritarea autorilor continuă a-i da numele de *diateză;* însă semnificarea cuvîntului de diateză s'a schimbat. Bazin scriea: „o diateză este o *maladie* acută sau cronică etc." pe când astăzi se admite că diateza reprezintă „o modificare a tipului fiziologic (Hallopeau)", „o turburare permanentă a schimburilor nutritive (Bonehard)".... „un temperament morbid (Bouchard)".

Iată-ne departe de diateza-maladie lui Bazin. Astfel, cu toate că rămâind o *diateză* pentru francezi, scrofula este pentru dânşii cu totul altceva decât ceeace se înţelegea odinioară sub acest nume.

Nu cred necesar de a cità aici cuvintele prin cari savanţii francezi cunoscuţi exprimă părerile lor despre Scrofulă, de oarece, în realitate mai toţi au rămas la formula enunţată de Rendu într'o discuţiune celebră la „Société Médicale des Hopitaux" formulă care sună astfel: „scrofula este terenul, tuberculoza sămânţa".

De Gennes traduce aceeaşi idee în modul următor: „Cuvântul de scrofulă exprimă numai modul de a fi a unor indivizi, un teren special, pe care evoluează cu cea mai mare uşurinţă bacilul tuberculos precum şi alţi germeni morbizi cari determină aici leziuni cam speciale (²)"; şi mai departe, vorbind de manifestările cutanate, ganglionare şi oculare la scrofuloşi, zice că aceste leziuni sunt infecţiuni banale cari pot evoluà la ori ce copil dar cari iau la scrofuloşi caractere speciale, fiind dat terenul particular care le serveşte de substrat" (³)... „Bacilul lui Koch are afinităţi speciale pentru terenul scrofulos.

La scrofuloşi mai cu seamă creează leziuni locale (⁴)".

Aceste cuvinte rezumă părerea de azi a şcoalei franceze.

* * *

Inainte însă de a terminà acest capitol, mă simţ dator de a vorbi de o teorie, în realitate foarte puţin luată în seamă în

---

(¹) Traité de médecine lui Brouardel-Gilbert, III, p. 596, art. lui de Gennes.
(²) de Gennes, loc. cit. p. 596.
(³) id. id. p. 606.
(⁴) id. id. p. 607.

Franţa şi de care nici nu m'aş fi ocupat dacă n'ar fi găsit adepţi în ţara noastră (1); e vorba de teoria lui Gallois (2).

Gallois, relevează că o parte însemnată a accidentelor scrofuloase (rinite, otite, adenopatii etc.) nu sunt accidente primitive ci consecutive foarte adesea-ori unei infecţiuni a rinofaringelui. Dacă se observă, pe de altă parte, că localizarea infecţiunilor în nasofaringe e mai totdeauna determinată prin prezenţa vegetaţiunilor adenoïde, se poate admite că scrofula nu e decât un sindrom clinic dependinte (cu oarecari rezerve) de infecţiunea adenoidiană şi noţiunea de teren este absolut inutilă pentru explicaţiunea faptelor.

Raţionând ca d-l Gallois, s'ar putea zice despre un bolnav atins de şancru *sifilitic* cu adenopatie inguinală consecutivă: de oarece toate ulceraţiunile penisului provoacă o adenită, adenita din cazul de faţă e foarte bine explicată prin ulceraţiunea penisului şi, prin urmare nu e necessar de a se căutà altă cauză.

Aproape nimeni nu mai admite astăzi *primitivitatea* adenitelor, şi a unor alte accidente scrofuloase (otite, faringite, coriza) la care face aluzie d-l Gallois; dar prin faptul că între aceste accidente şi cauza lor diatezică sunt manifestaţiuni intermediare, rezultă oare că aceste accidente să nu depindă de cauza diatezică?

D-l Gallois trece în revistă toate manifestările scrofulei, arată cauza lor imediată de natură infecţioasă, evitând sistematic de a căutà mai departe, şi pe urmă se miră de faptul că nu a avut nevoe de a invocà o diateză! (3) De unde rezultă concluzia naivă „că în aceste infecţiuni, poarta de intrare (la brèche) are cel puţin tot atâta importanţă ca terenul“ (4) ca şi cum cinevà ar fi contestat acest lucru!

Cartea lui Gallois e dealtminrelea plină de concepţii copilăreşti dintre cari voiu cità numai una: (5) „Să comparăm din punc-„tul de vedere al utilităţii practice teoria diatezică cu cea na-„sofaringiană şi să vedem care din ele dă, în terapeutica ocu-

---

(1) Graçoski Despre interpretarea actuală a scrofulozei (Memoriu pentru docenţă. Bucureşti 1903.

(2) Gallois. La scrofule et les infections adenoïdiennes. Paris 1900.

(3) Gallois loc. cit. p. 144.

(4) idem loc. cit. p. 144.

(5) idem loc. cit. p. 242.

„lară, rezultatele cele mai favorabile. După teoria diatezică, tra„tamentul cel mai important ar fi un tratament intern exclusiv „medicamentos, igiena, viața la aer liber etc. Teoria nasofa„ringiană, din contra, arătând o cauză ce se poate pipăi, verifică „și operà permite de a obține o vindecare rapidă......“ Ca și cum s'ar zice unui diabetic suferind de antrax: „diabetul n'are nici un rol în antraxul de care suferi; și proba e că eu pot printr'o operațiune chirurgicală să te vindec, pe când un tratament medical antidiabetic n'ar aveà nici un rezultat“.

Faptul că manifestațiunile din partea nasului, faringelui, urechii, ganglionilor cervicali constitue partea cea mai însemnată din simptomotologia scrofulei, se explică ușor dacă considerăm că aceste manifestații depind de membranele mucoase în atingere mai intimă cu aerul exterior și cu alimentele și prin urmare, mai expuse la traumatisme și la infecțiuni, a căror importanță în scrofulă nu o neagă astăzi nimeni.

Dar scrofula veche mai cuprindea și alte accidente: scrofulidele cutanate, manifestațiunile osoase și articulare. Cum se explică ele prin teoria adenoidiană? Foarte ușor: „Văd actualmente, scrie d-l Gallois 2 bolnavi, unul suferind de morbul lui Pott, altul de o tumoare albă a genuchiului, cari sunt amândoi adenoïdiani....“ și d-l Gallois face să se înțeleagă, că infecția s'a făcut probabil pe această cale.

In ce privește scrofulidele cutanate, autorul ar fi putut uzà de acelaș raționament și nu mă îndoesc că ar fi găsit printre bolnavii suferind de scrofulide cutanate, câțiva adenoïdani. Dar Gallois procedează aici astfel: de oare ce acest grup jenează teoria, îl suprimă pur și simplu: „s'a scos dejà din scrofulă in„fecțiunile bacilare sau pioemice cu poarta de intrare urogeni„tală. Mi s'ar păreà asemenea nemerit de a extrage din scro„fulă infecțiunile cu poarta de intrare cutanată“ (¹).

Că vegetațiunile adenoïde reprezintă o poartă de intrare foarte însemnată în scrofulă, aceasta nu lasă nici o îndoială, și tocmai pentru aceasta, teoria d-lui Gallois are aparențe de verosimilitate: descriind adenoïdiani infectați, nu descrie decât scrofuloși

---

(¹) Gallois, loc. cit. p. 360.

(²) Gallois, loc. cit. p. 400.

şi prin urmare nu e de mirare dacă descripţiunea lui se aplică la scrofuloşi.

Faptul că d-l **Gallois** nu simte nevoia de a admite noţiunea de teren, se explică uşor: mulţumindu-se cu explicaţiunea imediată a manifestărilor scrofuloase, el refuză sistematic de a cercetà mai departe. Dar pentru cei cari sunt mai puţin miopi, noţiunea terenului scrofulos se impune.

E incontestabil că până astăzi nu s'a putut preciză caracterele anatomice sau clinice ale acestui teren: totuşi aproape generalitatea clinicianilor vechi şi moderni sunt de părere că el *trebue admis* pe baza unei observaţiuni clinice îndelungate.

* * *

In timpurile din urmă chestiunea *scrofulei* a fost reluată din nou de savanţii germani. Unii au încercat o reconstituţie a scrofulei lui **Bazin**, alţii au modificat mai mult sau mai puţin tabloul primitiv. Mă voi ocupà acum cu expunerea acestor lucrări ale şcoalei germane.

Monografia lui **Cornet** (¹) este poate lucrarea cea mai complectă, care există asupra scrofulei.

Autorul e de părere că concepţia de *Scrofuloză* trebue conservată *în întregime* de oare ce e bine stabilită pe bază clinică.

Scrofuloza lui **Cornet** cuprinde, prin urmare ca şi scrofula lui **Bazin** pe lângă manifestaţiuni a căror natură netuberculoasă pare demonstrată (piodermite, eczeme, blefarite, catare ale mucoaselor etc.) şi altele a căror natură tuberculoasă e astăzi necontestată (lupus, tumori albe, etc.). Adenopatiile, tuberculoase sau netuberculoase constituesc unul din fenomenele cele mai tipice ale tabloului clinic.

Dar cum se pot astăzi grupà toate aceste afecţiuni atât de nepotrivite fără a jignì rezultatele cercetărilor de laboratoriu?

Cornet admite mai întâi că există un *substrat* care determină predispoziţia la scrofuloză. Acest substrat, a cărui natură e până acum rău definită, pare a constà într'o vulnerabilitate particulară a tegumentului (piele şi mucoase) care se lasă mai cu uşurinţă a fi pătruns de microbi — într'o stare de inferioritate a învelişurilor (embrionalism) mai accentuată în *copilărie*.

(¹) **Cornet** die Scrophulose, *in Nothnagels spec. Path. u. Therap.* 1900.

și în *sexul femenin*. (In favoarea acestei inferiorități a tegumentului, autorul enunță o serie de argumente cari trebuesc citite în text).

Acest *substrat*, ori-care ar fi el dealmintrelea, e cauza, că diferitele manifestări infecțioase făcând parte din grupul scrofulos, evoluând pe un teren special, vor dobândì prin aceasta *aspecte* speciale și caracteristice cari se pot rezumà astfel:

1° *Persistența încăpățânată* (Hartnäckigkeit). Afecțiuni cari tărăgănesc, rebele, cu evoluție lentă.

2°. *Reîntoarceri frecuente*, recidive.

3°. *Multiplicitatea* manifestațiunilor cari se înlocuesc unele prin altele.

Aceste caractere constituesc originalitatea manifestațiunilor scrofuloase.

Ceea ce vrea să zică că o eczemă, un lichen, o otită nu sunt într'un mod necesar accidente scrofuloase: ele pot evoluà pe un individ nescrofulos și prin faptul că evoluează la dânsul, acesta nu va devenì un scrofulos.

E scrofulosul însuși care, prin faptul inferiorității sistemului său tegumentar și limfatic, dă acestor afecțiuni aspecte speciale: și numai în acest din urmă caz afecțiunile sus menționate pot fi considerate ca accidente scrofuloase.

Dar individul dotat cu o astfel de predispoziție la scrofulă, este oare el scrofulos? In potențial da; în fapt nu.

Pentru că acest scrofulos în potențial, să ajungă un scrofulos în fapt, trebuește acum ca să fie prada unora din manifestațiunile obicinuite ale scrofulei, ori aceste manifestațiuni sunt de 2 feluri: unele tuberculoase, altele nu. Vom aveà prin urmare 2 varietăți de scrofulă: *scrofulo-tuberculoza* și scrofuloza netuberculoasă pe care autorul o denumește: *formă piogenă*.

Un scrofulos poate suprapune aceste 2 feluri de manifestațiuni: avem atunci *forma mixtă*.

Prin urmare, pentru ca un individ să fie scrofulos, nu e de ajuns ca să aibă o predispoziție la scrofulă, nici ca să fie atins de vreuna din maladiile scrofuloase: trebuește și terenul și infecția. Terenul va da infecțiunilor banale aspecte particulare cari construesc caracteristica clinică a scrofulei.

Forma piogenă a lui Cornet constitue pentru francezi ceea ce rămâne din vechea scrofulă; o vom găsì mai departe descrisă.

de Czerny cu oarecari modificări sub numele de diateză exsudativă.

Forma tuberculoasă nu trebue după Cornet, contopită cu tuberculoza: ea reprezintă o tuberculoză specială cu evoluţie lentă, cronică, cu manifestări multiple şi recidivante; o tuberculosă cu caractere speciale prin faptul că evoluează pe un teren scrofulos. S'ar puteà zice şi aceea ce s'a zis pentru forma piogenă: prin faptul că un individ e atins de o artrită tuberculoasă, nu e fatalmente un scrofulos; dar dacă o artrită tuberculoasă evoluează la un individ cu teren scrofulos, ea dobândeşte, prin acest fapt, o evoluţie cronică, brută, torpidă, şi bolnavul se poate numì un scrofulo-tuberculos.

Ceea ce mi se pare mai interesant în concepţia lui Cornet este *păstrarea integrală a scrofulei vechi:* faptul e cu atât mai însemnat cu cât autorul e un bacteriolog distins din şcoala lui Koch, şi aceasta se poate considerà ca un argument dovedind că rezultatele de laboratorii sunt incompatibile cu concepţia clinică a scrofulei.

* * *

Intr'un foarte lung şi foarte difus raport la congresul naturaliştilor şi medicilor germani din Aix-la-Chapelle (¹). Profesorul Ponfick (din Breslau) caută a pune la punct chestiunea scrofulei.

Modul lui de a vedeà se apropie foarte mult de concepţia lui Cornet.

După ce a arătat diferitele faze ale chestiunii, insistă asupra originei infecţioase a diferitelor manifestări ale scrofulei şi asupra modurilor de infecţie în particular, în caz de infecţie mixtă şi clasează faptele studiate în 3 categorii:

1) Inflamaţii datorite agenţilor piogeni;

2) Inflamaţii datorite bacilului tuberculos;

3) Inflamaţii mixte, în cari unul din agenţi e de obicei secundar. Acest din urmă grup se împarte, într'un mod natural, în 2 subdivisiuni:

a) Infecţie primitivă cu piogeni complicându-se ulterior cu o infecţie bacilară.

(¹) Acest raport e publicat în *Jahrbuch f. kinderh.* 1901, vol. 53 p. 1.

b) Infecţie bacilară la început şi infecţie secundară consecutivă cu piogeni;

Dar, crede autorul, invazia locală cu diferite bacterii şi reacţiunea obligatorie a organismului faţă de această invazie, nu explică toate manifestările ce se observă la scrofuloşi. Se impune necesitatea de a admite un *teren, o constituţie*, care imprimă accidentelor scrofuloase ca *un sigil*, caracteristica. In ce constă această constituţie? Intr'un total de particularităţi, unele *generale*, altele *individuale*, ereditare sau dobândite.

Particularităţile generale sunt cele cari sunt legate de constituţia organismului *infantil*, cari se găsesc realizate, prin urmare, mai mult sau mai puţin la toţi copiii. Autorul menţionează: bogăţia ţesăturilor în sucuri, lărgirea mai mare a lacunelor limfatice, chimiotaxia mai vie a leucocitelor, puterea mai intensă de proliferaţie a ţesăturilor... atâtea condiţii cari permit o pătrundere mai uşoară a bacteriilor. Din aceste condiţii rezultă o tendinţă la inflamaţiuni particulare, la procese exsudative şi la reacţiuni proliferative, cari carecterizează manifestările scrofuloase.

Particularităţile individuale constau „uneori numai în exage-„raţiunea anormală, congenitală sau dobândită a defectelor pre-„cedent menţionate ale organismului infantil şi în susceptibi-„litatea mai crescută a acestui organism faţă de agenţii infecţioşi „înconjuratori, alteori într'o deviaţiune congenitală a procesului „de formaţiune a unor complexe celulare; foarte rar în transmi-„siunea directă intra-uterină a agenţilor patogeni (tuberculoză „congenitală)".

După cum se poate vedeà, concepţiile lui Cornet şi lui Ponfick nu diferă decât prin ipoteza care o invoacă fiecare pentru a explicà *predispoziţia la scrofulă*.

* * *

Opinia Prof. Biedert (1) (din Hagenau) e foarte interesantă şi merită o analiză mai detaliată.

Pentru dânsul, teoria unicistă nu se poate susţine, fiind contrazisă de un număr foarte mare de fapte:

---

(1) Biedert, Behandlung der scrophulose in *Handbuch der Therapie* etc... sub direcţia lui *Penzoldt şi Stintzing* II p. 248, şi Biedert şi Fischl Lehrbuch der Kinder Kr. 1902.

1) *In manifestaţiunile scrofuloase superficiale nu se găsesc bacili.*

Inoculările de cruste de scrofulide ale lui Grancher şi de Gennes au rămas negative.

Julius Ritter studiind 129 afecţiuni cutanate (de 34 ori prin inoculaţii) şi 139 afecţiuni catarale ale mucoaselor (cu 32 inoculaţii) a avut totdeauna rezultate negative în ce priveşte tuberculoza.

Rezultatele pozitive au fost notate într'un mod cu totul excepţional de Demme, Esmarch, Ritter (în afecţiuni cutanate sau puroi nasal) sau în tuberculoza propriu zisă a nasului (Juffinger, Copart, Hahn), a urechei (Biedert şi Ritte, a amigdalelor palatine sau faringiene (Strassmann, Schlenker, Krückmann, Dieulafoy, Neumann etc...)

In aceste din urmă cazuri, chiar autorii precitaţi şi în urmă Cornil, Gottstein, cred că e vorba, fie de o localizaţie secundară, fie de o molipsire accidentală, excepţional de o tuberculoză primitivă.

2). *In ce priveşte ganglionii scrofuloşi, există un număr considerabil de cazuri în cari natura tuberculoasă n'a putut fi dovedită chiar de observatori a căror competenţă nu se poate discutà.*

Koch n'a putut constatà bacilii în mai mulţi ganglioni scrofuloşi dintre cari unii arătau chiar puncte ramolite. Ritter făcând 18 autopsii de scrofuloşi *morţi într'un mod accidental,* n'a putut dovedì tuberculoza în nici un caz, nici prin căutarea bacililor nici prin inoculaţii (al 19-lea copil mort de tuberculoză pulmonară avea bacili în plămâni şi în ganglioni). Garé, Dauchez, Castro-Soffia, Evegiesler, Wissokowitsch, Cornil, Leloir au publicat cazuri de abcese reci sau de lupus în cari bacilii lipseau. Iulius Ritter din ganglionii extirpaţi (dintre cari 7 cazeoşi) a avut numai 3 rezultate pozitive, şi din 12 abcese reci (inoculaţi) numai 5 rezultate pozitive. Kauffmann n'a putut găsi bacilii, în grăunţii riziformi, în 2 artrite fongoase. Köster a constatat grefa secundară a bacililor tuberculoşi într'o articulaţie prealabil inflamată şi într'un caz de şancru sifilitic. Astfel de infecţii secundare se pot produce cu mare înlesnire chiar după traumatisme uşoare, cum rezultă din cercetările lui Schüller, Müller şi Krause. König şi Ayrer au descris asemenea artrite fongoase netuberculoase.

Se poate reamintì aici şi observaţiunile lui Malassez şi Vignal, Eberth, Mazfuci, Manfredi, Ledoux-Lebard cari au descris procese cazeoase (pseudo-tuberculoase) datorite altor microbi diferiţi de bacilul tuberculos.

Din toate aceste observaţii şi încă din multe altele cari s'ar puteà adunà, pare a rezultà că într'un mare număr de afecţiuni considerate de obicei ca tuberculoase, (artrite fongoase, abcese reci, adenopatii etc.) tuberculoza nu e primitivă ci secundară, altoită pe o inflamaţie banală anterioară care, ea însăşi e favorizată prin *constituţia scrofuloasă*, (pe care autorul o admite fără a avea o opinie *personală* despre esenţa ei, citând numai ipotezele celorlalţi autori).

Scrofuloza cuprinde astfel :

1). *Inflamaţiunile superficiale* (ale ochilor, pielei, mucoaselor.... în cari tuberculizaţia secundară e cu totul excepţională.

2). *Inflamaţiunile mai profunde* (ale ganglionilor, articulaţiunilor, oaselor......) pe cari în acelaş timp sau mai târziu se grefează *foarte des* o tuberculoză secundară. In acest din urmă caz transformaţiunea leziunilor se face treptat. Până când invadarea noului inamic nu e efectuată, ele trebuesc considerate ca *scrofuloase*, după invadare ca *tuberculoase*.

Biedert raportează în favoarea părerilor sale 3 observaţiuni de copii cari au sucombat la o perioadă puţin înaintată a scrofulei cu manifestaţii osteoarticulare grave, şi la cari nu s'a putut găsì bacili în leziuni. Pentru Biedert, concepţia care o susţine diferă de cea a lui Cornet prin punctul următor: pe când pentru dânsul relaţiunile între scrofulosă şi tuberculosă se explică prin faptul că leziunile scrofuloase «*fac patul*» bacilului tuberculos, pentru Cornet, bacilul tuberculos se instalează *direct*, pe un *teren comun* care predispune în acelaş timp şi la invadarea bacilului tuberculozei (scrofulo-tuberculoză) şi la invadarea piogenilor (formă piogenă).

Când Cornet caută a arătà prin experienţe că o infecţiune externă prin bacili tuberculoşi are drept consecinţă o tuberculizare a ganglionilor corespunzători, experienţa lui nu e în favoarea teoriei ce o susţine, de oarece infecţiunea nu stă localizată la ganglioni, ca în scrofulă ci se generalizează. Aceasta se întâmplă fiind că lipseşte aici cauza care determină localizarea în scrofulă : *focarul nespecific prealabil.*

Tocmai în această afecţiune nespecifică premergătoare constă *predispoziţia scrofuloasă* care se bucură de o aptitudine specială de a fixà bacilul tuberculos.

* * *

Cu totul diferită e părerea Prof. Heubner (¹) unicist intransigent care intitulează capitolul privitor la scrofulă: *„aşa zisă scrofulă“*.

După ce reaminteşte că scrofula de odinioară cuprindeà 2 feluri de manifestaţii: unele tuberculoase, celelalte nu, zice: „deoarece astăzi nici un medic instruit nu se mai îndoeşte de natura tuberculoasă a scrofulozei osoase şi articulare, mai rămâne numai de elucidat a doua parte a tabloului simptomatic a scrofulozei vechi, afecţiunilor cutanate şi ale mucoaselor. Pentru a explicà caracterele de tenacitate, recidivitate etc..... a acestor manifestări, se admite o *dispoziţiune particulară* care formează aceste catare tenace cari, la rândul lor, deschid drumul bacilului tuberculos . . . dar nimenea până astăzi n'a ştiut să zică în ce constă această dispoziţiune.

Heubner descrie pe urmă pe scurt principalele manifestaţii ale scrofulei: caracterele oculare, coriza cronică, ozena, eczema scrofuloderma, lichen scrofulosorum, dar cere eliminarea din scrofulă a celui mai mare număr de otite şi a scrofulosului, accidente tot atât de frecuente la copii fără tară scrofuloasă.

După Heubner e foarte posibil ca conjonctivita flictenulară care se distinge prin numeroase caractere de afecţiunile inflamatorii, să fie în realitate o manifestaţie *tuberculoasă* uşoară, precum şi *coriza cronică* (se aminteşte cu acest prilej prezenţa frecuentă a bacilului lui Koch pe amigdala faringee). E prin urmare, foarte posibil că şi aceşti copii atinşi de catare scrofuloase să fie tot tuberculoşi.

Concluzia este că *toate manifestaţiunile scrofuloase chiar şi cele considerate de obicei ca netuberculoase (catare) sunt de natură tuberculoasă*. Cu toate astea autorul crede că *în practică* e bine de a se păstrà cuvântul de scrofuloză de oarece acest cuvânt se aplică la o formă clinică de tuberculoză particulară a copilăriei.

(¹) Heubner. Lehrbuch der Kinderheilkunde 1903, vol. I. p. 61.

Trebue observat că Heubner reduce foarte mult domeniul scrofulei; nu se ocupă în descripția lui decât de conjonctivita flictenulară și de coriza cronică, astfel că un mare număr de bolnavi, scrofuloşi pentru alții, nu sunt scrofuloşi pentru dânsul.

Pe urmă constatările anatomice de care vorbeşte, sunt contrazise de un mare număr de alte constatări. (Vezi mai sus autorii citați de Biedert). Astfel că opinia absolută a lui Heubner rămâne până acum izolată.

* * *

Bendix (1) crede și el că scrofuloza nu e altceva decât o formă de tuberculoză particulară a copilăriei.

Dar, pe lângă procesul tuberculos, scrofulosul, din cauza vulnerabilității sale față de infecțiuni, e expus la un mare număr de afecțiuni superficiale ale pielei sau ale mucoaselor. La aceste accidente Neumann a propus să li se deà numele de *paratuberculoase.*

Această părere este contrariul celei susținute de Biedert: aici bacilul tuberculos „face patul“ bacteriilor piogene.

* *

Intr'o revistă generală din *Deutsche Klinik* (2) Soltmann (din Leipzig) expune o foarte interesantă părere asupra scrofulei, care într'adevăr e numai o *ipoteză* dar explică într'un mod foarte ingenios diferitele probleme ale chestiunii.

Autorul începe prin a arătà ca și Biedert „că dacă luăm ca criteriu prezența bacilului, natura tuberculoasă a scrofulei nu e de loc demonstrată“ și mai adaogă pentru a probà că scrofula nu e identică cu tuberculoza, un alt argument, anume:

Hereditatea scrofulei și a tuberculozei au fost admise ca un axiom chiar din antichitate (Lugol, Baumgarten, Cohnheim, Liebermeister, Nocard, Knopf, Haupt etc....) ori „pe când hereditatea scrofulei e o noțiune din ce în ce mai mult admisă, contagiozitatea ei se admite din ce în ce mai puțin; cu tuberculoza e absolut contrariu: cu cât se cunoaşte mai bine contagiozitatea ei, cu atât se crede mai puţin în transmisiunea ei ereditară“.

---

(1) Bendix. Lehrbuch der Kinderheilkunde 1903.

(2) *Die Deutsche Klinik aus eingange des zwanzigsten Iahrhunderts* sub direcț. lui Leyden și Klemperer vol, VII p. 34.

In privinţa transmisiunii ereditare a tuberculozei nu se admite astăzi ca demonstrată decât transmisiunea *placentară* şi încă e indispensabil ca placenta să fie şi ea lezată, de oarece placenta normală constitue un filtru de obiceiu impermeabil pentru microbi. *Dar trecerea substanţelor solubile e liberă şi când placenta e normală.*

De oarece ştim, pe de altă parte că toxinele microbilor patogeni sunt în stare de a determinà acelaşi sindrom morbid ca şi microbii cari o secretează, se poate admite ceva asemănător şi pentru boalele cronice, şi e foarte posibil că o parte din turburările nutritive, din anomaliile constituţionale, din maladiile sângelui sau a schimburilor nutritive să fie şi ele datorite unui processus analog, unei intoxicaţiuni prin toxinele filtrate prin placentă, dela mamă la fiu.

Lucrurile se petrec poate în acelaş mod şi cu tuberculoza, şi astfel s'ar explicà relaţiunile între tuberculoză şi scrofuloză, „între boala mamă, şi boala fiică.

Scrofuloza ar fi dar, după această ipoteză, o *toxituberculoză, nebacilară, congenitală.*

Această ipoteză explică frecuenţa cu care copiii scofuloşi se nasc din părinţi ftizici, analogiile simptomatice dintre scrofuloză şi tuberculoză, precum şi diferinţele lor în evoluţie şi în terminaţie.

Ea se sprijineşte pe cercetările asupra acţiunii toxinelor tuberculoase ale lui **Wyssokowitsch**, **Prudden**, **Vissmann**, **Strauss**, **Masur**, **Stroebe** şi alţii cari au arătat posibilitatea de a provocà o tuberculoză miliară prin injecţii de bacili morţi, cu producţiunea ulterioară de substanţă cazeoasă ca în tuberculoza bacilară. Chiar pneumonia cazeoasă e atribuită acţiunii produselor toxice (¹).

Se poate admite că această *toxemie* creează condiţiuni favorabile pentru evoluţiunea tuberculozei bacilare, şi aşa se explică relaţiunile între tuberculoză şi scrofuloză. Dar ceea ce numim

---

(¹) **Auclair** şi **Armand Delille** au provocat cazeificări cu extrase din culturi tuberculoase.

habitus scrofulos, nu este decât un efect, o manifestaţie a stării de intoxicaţie congenitală.

Soltmann critică concepţia lui Cornet: pentru dânsul scrofuloza nu are nici un raport cu piogeni: când se găsesc fie piogeni fie chiar bacilul tuberculos, e vorba de o infecţiune secundară pe un teren slăbit sau predispus.

Autorul mai admite că tipurile *clinice torpide* (expresiunea unui metabolism retardat) şi *eretic* (expresiunea unui metabolism exagerat) depind de concentraţiunea şi de puterea productelor chimice bacteriene, cari circulă în sânge şi în limfă.

Caracterele afecţiunilor scrofuloase nu sunt specifice: ceea ce e specific e evoluţia lor, tendinţa la recidive etc. caractere cari depind de teren, care e favorabil acestor infecţii.

Urmează enumeraţiunea diferitelor manifestaţiuni scrofuloase datorite, în general, unor infecţii secundare. Autorul face o excepţie pentru *adenopatii*, cari constituesc caracterul capital al scrofulozei; aici infecţiunile joacă un rol mai puţin însemnat; la o perioadă tardivă infecţiunile secundare depinzând de leziuni periferice se pot într'adevăr instală: dar la început e vorba de o *inflamaţie iperplazică cronică, sub dependinţa intoxicaţiunii congenitale, de ganglioni intoxicaţi, de limfome iperplastice autentice, cu proliferaţie interstiţială a ţesutului conjunctif.* Aceste adenopatii evoluează într'un mod torpid, fără febră, fără dureri, ganglionii se măresc, scad, se măresc din nou, pot să retrocedeze, să rămâe staţionari să dispară sau să se cazeifice, să se ramolească, să se deschidă lăsând fistule.

Se înţelege că e de ajuns ca o poartă de intrare să se ivească în circumscripţia acestori ganglioni, pentru ca să se producă infecţii secundare cu piogeni sau cu bacili tuberculoşi. In acest din urmă caz, ganglionul scrofulos devine un ganglion tuberculos, dar, această evoluţie, deşi foarte frecuentă nu e de loc fatală.

Acelaş proces se poate admite cu probabilitate pentru afecţiunile articulare şi osoase, cum rezultă din observaţiunile citate de Biedert. şi aici leziunea poate fi la început nu tuberculoasă ci toxică, infecţiunea tuberculoasă fiind secundară.

Scrofula se vindecă mai totdeauna la un moment dat, de obiceiu la sfârşitul copilăriei.

Conclusiunea este că *scrofuloza* e ceva cu totul diferit de tuberculoză, cu care nu există până astăzi nici un bun argument ca să o confundăm.

Ipoteza lui Soltmann e cum se vede foarte seducătoare Ea răspunde bine la diferite chestiuni în litigiu. D'altmintrelea se poate zice că această ipoteză erà de mult în aer; o găsim enunţată într'un mod timid în articolul lui de Gennes (loc. cit. p. 609) şi în cartea lui Cornet (p. 68).

De teoria lui Soltmann putem alătură părerile lui Behring(¹) pentru care scofuloza ar fi o *toxituberculoză* dependinte de un *focar bacilar latent* (infecţie intestinală primitivă) datând din copilărie. Dar ipoteza lui Behring relativă la scrofulă e numai schiţată şi de altmintrelea bazată pe o teorie puţin admisă, astfel că cred inutil de a insistà mai mult. (²)

* * *

Prof. Czerny (din Breslau) a descris mai întâiu sub numele de *scrofuloză*, pe urmă sub cel de *Diateza exsudativă* (³) o serie de manifestări morbide cari trebuesc grupate prin faptul că *cliniceşte* sunt în relaţiune. Unele din aceste manifestări erau cuprinse în *vechia scrofulă*. Dacă autorul preferă astăzi să se servească de o denominaţiune nouă, aceasta o face numai ca să indice bine că *tabloul morbid ce-l descrie nu are nici o relaţie cu tuberculoza*.

E vorba de o anomalie *congenitală* a organismului, care atinge de obiceiu mai mulţi copii dintr'o familie.

Simptomele D. E. se manifestă de obiceiu chiar în primul an, uneori şi în primele luni.

Copiii atinşi sunt delicaţi şi slabi sau graşi în aparenţă tari. La cei slabi se observă adese ori un contrast isbitor cu înfăţişarea părinţilor lor, cari sunt graşi şi viguroşi.

(¹) Behring. Phtisiogeneze u. Tuberkulose bekämpfung *Deutsch. Med. Woch.* 1904, No. 6.

(²) O teorie care se apropie de cea a lui Soltmann a fost susţinută într'un mod puţin clar de Gaston la congresul de ginecologie, obstetrică şi pediatrie din Rouen, (Aprilie 1904).

(³) Czerny a) *Ein Vorschlag zur Abgrenzung des Begriffes «Skrofulose»* Zeitschr f. Tuberkulose u. Heilstattenwesen B 3 II. Hft 3, 1903.

b) *„Die Exsudative Diathess“* Iahrb. f. Kraderkelk, Jan. 1905.

c) *Zur kenntniss der Exsudaleven Diathese*, Mon. f. Kinderh. Apr. 1905.

La copiii cei graşi predomină o adipozitate însemnată, pe când musculatura lor e puţin desvoltată.

Copiii atinşi de D. E. arată turburări nutritive chiar dela începutul vieţii. Autorul distinge 2 tipuri:

1) Unii copii, sugând un lapte abundent în bune condiţiuni, nu cresc în greutate, chiar când nu există nici o turburare gastro-intestinală;

2) Alţii sugând un lapte puţin abundent în cantitate mică, arată augmentări considerabile de greutate datorite unei desvoltări excesive de ţesut adipos, pe când musculatura lor se desvoltă rău; In ambele cazuri e la mijloc un viţiu de întrebuinţare a alimentelor, care e una din primele manifestări ale diatezei exsudative.

Celelalte manifestări se vor desvoltà în urmă şi se vor arătà *cu atât mai intense cu cât copilul e mai adipos*, astfel că la copiii din tipul 2, manifestările D. E. sunt în genere mai grase.

Cari sunt dar aceste manifestări?

a). *Limba geografică* care apare uneori chiar în primele luni.

b). *Coji* (gneis) adică stratul negricios care acoperă capul unor sugaci e mai aparent la cei murdari (chapeau).

c). *Crusta de lapte* (Milchschorf) caracterizată printr'o roşeaţă la obraji şi împrejurul pavilionului urechilor care se acopere cu scuame, dispare şi reapare din nou.

Aceste din urmă două manifestări se complică foarte adesea-ori cu *eczemă;* ele pot fi sau nu pruriginoase. Intensitatea crustei de lapte e în raport direct cu adipozitatea. Ea scade când copilul slăbeşte, şi se reproduce când augmentează mult în greutate.

Infecţiunile secundare (febră, adenite) sunt frecuente, mai cu seamă când există dejà o complicaţie eczematoasă.

d). *Prurigo, strophulus.*

e). *Manifestări respiratorii:* faringite, angine foliculare, infecţiuni ale amigdalei faringee, pseudocrup şi în primul rând *bronşite difuze* cu caractere dispneice particulare descrise de autori sub numele de *asthma copiilor.*

f). *Manifestări oculare,* blefarită, conjuctivită flictenulară.

g) *Manifestări urogenitale*: Vulvită, balanită.

Autorul mai indică încă ca stigmate de D. E.: *ipertrichoza,* *caria circulară a dinţilor* (studiată de Neumann) şi *paloarea obicinuită a tegumentelor*, fără anemie.

Dacă m'am întins aici mai mult asupra descripţiunii clinice a diatezei exsudative după Czerny, am făcut aceasta pentru că *concepţia diatezei exsudative este bazată numai pe clinică*, fără nici o preocupaţie doctrinală, şi fiindcă această descripţie clinică diferă până la un oarecare punct de simptomatologia clasică a manifestărilor netuberculoase ale scrofulei vechi.

D'almintrelea fiecare din accidentele diatezei exsudative e descris de autor cu detalii minuţioase cari se vor citì în text cu mare interes.

Dar, care e în simptomatologia D. E. partea care revine infecţiunilor. şi partea care aparţine terenului?

Pentru *Czerny*, fenomenul caracteristic şi *primitiv* e un proces iritativ pur, (Reizzustand) care se traduce de obiceiu printr'o exsudaţie: infecţiunea secundară se supraadaogă mai totdeauna la un moment dat, dar nu într'un mod fatal: ea poate lipsì.

Procesul primitiv, *singurul care depinde de diateză*, e acelaş în toate manifestările cutanate sau mucoase cari se pot compară cu exantemul şi enantemele rugeolei.

De exemplu, în crusta de lapte (Milchschorf) există la început o roşeaţă caracteristică la obraji şi împrejurul urechilor, roşeaţă care dispare, se reproduce, descuamează.

Acest exanthem, datorit unui proces exsudativ, depinde de diateză: dar mai totdeauna la un moment dat crusta de lapte se complică cu o *eczemă, cu supuraţii superficiale* însoţite de *adenite* etc.: acestea sunt fenomene independente de diateză.

Asemenea *asthma copiilor* nu e decât o bronşită exsudativă diatezică pe care se grefează foarte adeseori infecţiuni secundare (bronşite cu piogeni, bronchopneumonii etc.).

Procesele iritative pe căile respiratorii superioare se traduc prin augmentarea ţesutului limfoid în amigdalele palatine şi faringee. Acest lucru se întâmplă şi la copiii cari n'au suferit de infecţiuni, dar mai des la cei cari au suferit de infecţii multiple. Infecţiunile nasului şi mucoasei faringee nu depind de această ipertrofie care e *consecutivă* şi nu *cauza* infecţiunilor. Prin suprimarea amigdalelor nu se suprimă de loc tendinţa la infecţii.

Despre relaţiunile cu tuberculoza, *Czerny* crede că aceste relaţiuni nu există. Trebue ca să renunţăm definitiv a băgă în scrofulă manifestările dovedite ca tuberculoase. Acolo unde e tuberculoză nu mai e scrofulă. Tot ce se poate zice, e că scrofula oferă o predispoziţie pentru toată infecţiunea. Astfel un scrofulos va puteà deveni tuberculos, dar nu e nici o relaţie obligatorie între tuberculoză şi scrofulă.

Autorul combate ipoteza lui Cornet (permeabilitatea învelişurilor, la agenţii patogeni) pe care o crede fără bază.

El crede că scrofula e datorită unei alteraţiuni a *compoziţiunii chimice* a organismului copilului; soluţia problemei trebue căutată în chimie şi nu în anatomia patologică.

* * *

Studiul precedent fiind numai o revistă generală, nu ne aparţine de a trage nici o concluzie. Ne simţim însă datori de a rezumà, în câteva cuvinte, noţiunile principale ce reies din părerile expuse:

1). Noţiunea de *scrofulă* nu e cum cred mulţi, aproape de a dispare. Această noţiune a supravieţuit cu toate atacurile îndreptate în contra ei, şi nici nu puteà fi altfel: sub numele de scrofulă autorii vechi au descris o serie de manifestări *clinice* legate printr'un raport de simultaneitate sau de succesiune, şi de oarece clinicianii vechi erau buni observatori, erà probabil *a priori* că acest raport există. Laboratoriul nu puteà distruge ceeace a fost zidit de clinică; cercetările bacteriologice şi experimentale au demonstrat numai că acest complex *clinic* nu e un complex etiologic, şi nimic mai mult.

Să fie tuberculoza o fază sau o complicaţie a scrofulei, sau scrofula numai un teren predispozant pentru tuberculoză, faptul în sine rămâne invariabil: *tuberculoza succedă adesea ori manifestările scrofuloase,* se înţelege de sine că acest raport de succesiune va fi mai evident dacă coprindem în scrofulă accidente dejà tuberculoase, (lupus, tuberculoze cutanate etc.), mai discutabil dacă, ca Czerny, eliminăm sistematic din scrofulă manifestările de natură tuberculoasă.

2). Cercetările de laboratoriu au arătat o parte din cauzalitatea manifestărilor scrofuloase, au pus bine în evidenţă partea care revine agenţilor infecţioşi; dar toţi sau mai toţi autorii admit pe lângă acest element banal şi nespecific, un alt element care depinde de bolnav, *constituţia scrofuloasă*, şi care e specific de oarece el imprimă acestor accidente banale o evoluţie caracteristică, o *stampilă* care permite de a le clasà ca manifestări scrofuloase.

3) In ce constă constituţia scrofuloasă? Nimeni n'a putut până astăzi să răspundă la această chestie.

Pentru Boerhaave, Quesnay, Borden cauza scrofulei trebue căutată în aciditatea humorilor; Baumes acuză acidul fosforic; Nicholson, Dubois (d'Amiens) şi Glover, diferite alteraţiuni ale sângelui. Becquerel notează la scrofuloşi caractere speciale ale urinelor şi Vanoverloop un miros particular al secreţiunii sudorale, Beneke alteraţiuni de compoziţie chimică a oaselor, Quinquaud o pletoră protoplasmică celulară (elementele parenchimelor conţin de 3 până la 4 ori mai mult azot decât în stare normală.) Robin studiează fosfaturile pretuberculoase şi Gaube (du Gers) descrie o demineralizaţie intensă predispunând la tuberculoză. Hüter admite ca bază anatomică a scrofulei o lăţime anormală a limfaticelor pielei şi ţesuturilor. Această ipoteză e desvoltată de Cornet într'un mod strălucit: predispoziţia la scrofulă e considerată de dânsul ca constând într'o insuficienţă a primei bariere de apărare a organismului (bariera cutano-mucoasă).

Ipoteza lui Cornet e una din cele mai satisfăcătoare întru cât explică vulnerabilitatea invelişurilor, evoluţiunea brută, cronică, recidivantă a afecţiunilor superficiale, adenopatiile (prin punerea în joc a barierei a 2-a de apărare) şi imunitatea relativă a viscerilor.

Dar nu trebuie să pierdem din vedere că ipoteza lui Cornet precum şi cele precedente sunt numai ipoteze *anatomice*. Se presupune că cauza scrofulei rezidă într'o leziune sau o malformaţiune; dar rămâne de cercetat cauza acestei leziuni sau malformaţiuni.

Pentru Kanzler scrofula e datorită unei turburări trophoneurotice. Această ipoteză e desvoltată de Monti (¹) care compară în detaliu turburările observate în diferitele ţesuturi la scrofuloşi cu cele cari succedă secţiunilor nervoase (atrofia pielei, rea desvoltare a paniculului adipos, musculatură slabă,

---

(¹) Monti. Kinderheilkunde in Einzeldar stellungen II p' 63.

oase slabe şi fragile). Din această turburare primordială rezultă o întrebuinţare nesuficientă a sucurilor nutritive circulând în ţesuturi, o asimilaţie incomplectă şi consecutiv, o încetinare a nutriţiunii generele.

Ponfick explică constituţia scrofuloasă prin particularităţi generale şi individuale complexe. (vezi mai sus).

Soltmann e poate singurul care propune o adevărată teorie etiologică: scrofula considerată ca o toxituberculoză congenitală.

In fine pentru **Czerny** scrofula e datorită unei alteraţiuni a compoziţiunii chimice a organismului

Această enumeraţie ne arată cât de sărace sunt noţiunile ce le posedăm asupra constituţiunii scrofuloase. Dar, nu e mai puţin interesant de a notà că, deşi neexplicată până astăzi, constituţia scrofuloasă e admisă de aproape generalitatea savanţilor: mai toţi cred că fără noţiune de teren e imposibil de a explicà caracterele clinice particulare ale infecţiunilor scrofuloase, şi prin ce se deosibesc de infecţiunile banale.

4) Pe acest *teren scrofulos*, căruia francezii îi rezervă numele de scrofulă, pot evoluà diferite infecţiuni fie banale, fie tuberculoase (formele piogenă şi tuberculoasă ale scrofulei lui **Cornet** şi **Ponfick**).

Pentru **Biedert** infecţiunea tuberculoasă nu se grefează direct pe terenul scrofulos, dar e totdeauna precedată de o infecţie banală care constitue, pentru dânsul afecţiunea scrofuloasă: infecţia tuberculoasă care vine în urmă nu e decât o complicaţie foarte frecuentă.

Pentru **Soltmann** preparaţiunea terenului se face printr'o intoxicaţie congenitală toxituberculoasă care merită dânsa numele de scrofulă: pe acest teren intoxicat se desvoltă fie bacterii piogene, fie bacili tuberculoşi.

Heubner, unicist absolut crede că scrofula nu e decât o formă de tuberculoză particulară copilăriei.

Czerny, plecând dela observaţia bolnavului, zideşte din temelia *diateza exsudativă* care cuprinde aproximativ manifestările netuberculoase ale scrofulei vechi. El elimină sistematic din diateza exsudativă toate accidentele tuberculoase.

Diateza ce o descrie e caracterizată esenţialmente prin procesuri exsudative primitive în piele şi în mucose: Infecţiunile sunt numai complicaţii foarte frecuente supra-adăogate.

Diateza exsudativă lui Czerny pare a diferi cu totul de scrofula veche prin faptul că autorul neagă orce relaţiune între dânsa şi tuberculoză. Dar diferinţa se explică dacă reamintim că Czerny eliminează *prin definiţiune* din diateza exsudativă toate manifestările tuberculoase ale pielei, mucoaselor şi ganglionilor, cari în vechia scrofulă reprezentau contingentul principal al cazurilor tuberculizabile.

Pe de altă parte, dacă Czerny nu admite relaţiuni obligatorii între diateza lui şi tuberculoza aceasta, nu vrea să zică că la copii atinşi de D. E. tuberculoza nu e ceva mai frecuentă decât la copii sănătoşi. Şi aşà trebue să fie: Aceşti bolnavi fiind mai vulnerabili faţă de infecţii, nu s'ar înţelege pentru ce infecţia tuberculoasă ar face excepţie.

Astfel se poate vedeà din ce precedă că diferitele concepţii ale scrofulei nu sunt aşà de diferite cât apar la prima vedere: numai interpretările variează. Şi nu puteà fi altfel de oarece e greu de a admite că s'ar fi putut distruge aşà de lesne un complex simptomatic bazat pe o observaţie clinică de mai multe secole. (1)

Dr. G. Z. Petrescu.

ACIDUL FORMIC ŞI FORMIAŢII ÎN TERAPEUTICA

Acidul formic este foarte respândit în univers. Se găseşte mai ales în regnul animal, în unele organe (creeri, muşchi, splină, sânge, pancreas), sub formă de formiaţi. Pare a rezultà din oxidaţia grăsimilor şi albuminoidelor, ca product final al dezasimilaţiei acestor substanţe. In unele organizme există şi în natură, de ex. la furnica roşie, la vespe şi la omizile procesionare. Furnicile roşii, mai ales lucrătoarele, secretă mari cantităţi. Ele îl produc probabil prin oxidarea glucozei pe care o consumă, se ştie, cu mare lăcomie.

Se găseşte şi la vegetale (perii urzicilor, foile de pin şi brad, saponaria, tamarindul, etc.), şi în unele ape minerale (Prinzhofen, nămol de Marienbad). In industrie se obţine încălzind acid oxalic cu glicerină.

---

(1) In Iunie 1905 a fost susţinută la Facultatea din Bucureşti o teză asupra scrofulei de D-l Vexler. Se va găsi la rubrica „Luna medicală" un referat asupra acestei lucrări, care nu conţine de altmintrelea nimic nou.

Acidul formic se amestecă cu apa şi alcoolul în ori ce proprorţie. Formiaţii sunt foarte solubili, afară de formiatul de plumb, de argint şi de mercur, cari sunt mai puţin solubili Proprietatea de căpetenie a acidului formic este de a se descompune în apă şi acid carbonic, în prezenţa agenţilor oxidanţi. Este chiar un reductor puternic. Concentrat, lucrează ca un caustic vezicant, şi în doze mari poate fi toxic. Se elimină din organizm prin bilă, sudoare, urină, fie în natură, fie mai cu seamă oxidat, adică sub formă de acid carbonic sau chiar de bicabornat de sodiu.

Acidul formic nu erà cunoscut în antichitate, totuşi se întrebuinţau furnicile, ceeace probează că efectele sale nu scăpase observaţiunii. Multă vreme a fost însă rezervat numai pentru medicaţiunea externă. Tocmai în secolul al XVII-lea şi al XVIII-lea se începù a se uzà şi abuzà de acid formic pe dinăuntru, ca stomachic şi cordial. Farmacopea germană prescrià diferite preparate, printre cari cele mai însemnate erau *apa* sau *oţetul de magnanimitate* a lui Hoffmann, pretins afrodiziac, apoi *spirtul de furnici (spiritus fornicarum)*, preparat nu cu furnici, ci cu acid formic.

Alcool	70
Apă distilată	26
Acid formic	4

Adevărata tinctură de furnici se mai prescrià şi ca diuretic.

După cercetările lui Rabuteau, administrat diluat, nu dă loc la nici o turburare. Insă concentrat, produce vii inflamaţii în stomac, intestine şi rinichi (Mitscherlich).

Formiaţii alcalini, în doze mici, dau o scădere a presiunii sanguine şi sporesc numărul şi amplitudinea mişcărilor respiratorii (Arloing[1]). In doze mari, opresc încetul cu încetul inima şi sporesc mişcările respiratorii, făcând să le scadă amplitudinea. Doza toxică este 1 gram la kilogram de animal. Sub influenţa dozelor mai mari, temperatura poate scădeà cu 2°,5, în mai puţin de un ceas. Totdeodată scade şi absorbiţiunea oxigenului de către sânge şi expirarea acidului carbonic. De aci concluzia că acidul formic împiedică combustia principiilor idrocarbonate.

După Kovacs (²), atât acidul formic, cât şi formiaţii, răresc excitabilitatea centrilor şi nervilor motori

Formiatul de sodă se transformă, în sânge, în bicabornat de

(¹) Acad. des Sciences, Sept. 1879.

(²) *Centralbl. f. klin. Medizin.* 1885.

sodiu şi este eliminat în această stare cu urina [Rabuteau (¹) Gréhant şi Quinquaud (²)] contestă însă această transformaţie şi susţin că formiaţii se elimină în natură, parte în urină, parte în sudoare.

Astăzi medicaţiunea formiată este la ordinea zilei.

„Parler de vieux rémèdes, c'est le meilleur moyen de faire du nouveau", a zis Huchard odinioară şi iată că şi de astă dată, acest distins terapeut, consecinte aforismului său, a contribuit cu cuvântul său autorizat, la readucerea în vogă a unui medicament demodat (³). Cel dintâiu însă care atrase din nou atenţia asupra efectelor favorabile ale acidului formic şi ale formiaţilor, fie ca stimulante, fie ca tonifiante ale muşchilor, a fost Clément (din Lyon (⁴). Proprietăţile excitante şi tonice ale sucului furnicilor, alăturate de forţa şi activitatea cea mare a acestor insecte, l'au îndemnat ca, după atâta timp în care medicaţiunea formică fusese dată uitării, să o reià cu scopul bine determinat de a o încercà la reconstituirea şi stimularea sistemului muscular. Experimentând chiar asupra sa, el simţì curând un fel de excitaţie a sistemului muscular, care îl îndemna să se mişte cât de mult. „Omul care face uz de acid formic, zice Clément, încearcă foarte repede un simţimânt de putere, vigoare şi activitate mai mare, se mişcă fără greutate, nu se mai teme de muncă şi de sforţare."

Efectul acesta, Clément îl atribue distrugerii sau neutralizării toxinelor, rezultate din funcţionarea muşchilor şi chiar astfel ar trebuì explicat mecanismul funcţiunii similare a capsulelor supra renale, căci după rezultatul cercetărilor autorului, lichidul de maceraţie al capsulelor supra-renale de oaie, de bou, de viţel, conţine acid formic.

In două comunicaţii la Academia de Ştiinţe (⁵), Clément a stabilit indicaţia tratamentului formiat la toate boalele cu tonus muscular, slăbit, neurastenie, tremurături, etc. A arătat că de asemenea poate fi de mare folos pentru întreprinderea de ascensiuni, marşuri militare şi diferite exerciţii obositoare.

(¹) *Gazette hebdom.* 1871.

(²) Acad. des Sciences, Févr. 1887.

(³) Acad. de Med. 14 Mars. 1905.

(⁴) *Lyon Médical*, 1903, 1904 et 1905.

(⁵) Acad des Sciences, Mars 1904 et Mars 1905).

Dar nu numai fibrele musculare striate, ci şi cele netede sunt influenţate de acidul formic şi aceasta se tradnce prin învingerea constipaţiei şi diureză. După Vermeulen (1), formiaţii trebuesc consideraţi ca medicamente toni-cardiace şi diuretice; ei sunt totdeodată vaso-dilatatori. Prin urmare pot aveà o influenţă favorabilă, atât în ipotensiune, datorită sporului energiei miocardului, cât şi în ipertensiune, prin înlăturarea angiospasmului şi eretismului vascular. Astfel explică Vermeulen o serie de rezultate bune ce le-a obţinut cu formiaţii la obezi, aceşti bolnavi prezintând unii ipotensiune, alţii ipertensiune. Acidul formic împiedică oboseala ce le-o produce repede ori ce exerciţiu fizic şi astfel permite ca un regim de mişcare să sporească progresiv cheltuiala organismului, mai ales în ceeace priveşte rezervele de grăsime.

La diabetici, acelaşi autor a obţinut înlăturarea sensaţiei de oboseală şi întoarcerea somnului normal.

Bine înţeles, că dela constatarea acestor fenomene neaşteptate şi până a se face din acidul formic o panaceă, nu erà de cât un pas, pe care s'au grăbit să îl sară aceia ce erau interesaţi să exploateze credinţa publicului. Nemulţumiţi de a dà acelui medicament locul pe care îl merită pe lângă kola, coca, cafea şi alte stimulante, ei voiră să-l ridice la rangul de medicament ideal, bun pentru toate boalele.

A trebuit o nouă intervenţie a lui Huchard (2) pentru a restabilì exactitatea faptelor. S'au ivit apoi alte cercetări menite a calmà entuziasmul primului ceas, cercetări cari dovedeau că acidul formic şi formiaţii nu sunt atât de inofensivi cum se crezuse. Astfel Belbèze (3) constată că aceste medicamente dau o febră trecătoare, cu cefalee şi întunecarea vederii, la $^1/_2$ oră sau o oră după ingestie. Simţimântul de activitate necesară, pe care îl dă acidul formic, ar fi şi el cevà febril. De altă parte, Garrigues (4), bazat pe o experienţă îndelungată, afirmă că formiaţii în doze mari, cum se obişnuesc, (şi astfel de doze sunt chiar cele de câteva centigrame), sunt foarte dăunătoare pentru organism. Numai dozele de 1—2 miligr. pe zi, după susceptibilitatea individului, ar puteà dà rezultate bune, fără inconveniente.

---

(1) *Presse Médic.*, 1 Juillet 1905.

(2) Acad. de Méd., 20 Juin, 1905.

(3) *Lyon médic.*, 23 Avril, 1905.

(4) Acad. de Méd. 27 Juin, 1905.

Vedem, prin urmare că, dacă acordul este aproape de a se face asupra valorii reale şi a oportunităţii tratamentului formiat, nu tot astfel este cu posologia. Unii, departe de moderaţiunea lui Garrigues, recomandă doza zilnică de 1 gr. 50—2 gr. de formiat de sodă sau de calce (Martinet). Alţii au ajuns chiar la 3—4 gr. (Vermeulen).

Ceeace pare bine stabilit până acum, este inocuitatea relativă a formiaţilor faţă de efectele iritante ale acidului formic liber, chiar foarte diluat şi fenomenele de intoleranţă gastrică ce poate provocà. De aceea preparaţiile cu bază de formiaţi alcalini sau alcalinoteroşi, chimiceşte puri, sunt singure de recomandat şi trebue să excludem din formular ori ce preparaţie cu bază de acid liber : soluţie, elixir, vin sau sirop. Formiatul de sodă, ca cel mai solubil, este cel mai uzitat. Insă numeroasele formule cu un sirop ca vehicul, ce se văd prin periodice, sunt defectuoase din cauza zahărului ce conţin ; fiind fermentescibile ele pot dà naştere la acid formic liber.

Cele mai bune sunt soluţiunile, de ex. :

Formiat de sodă . .	10 gr.
Apă distilată	160 „

O lingură în $^1/_2$ pahar de apă de Vichy, $^1/_2$ oră înainte de masă.

După Martinet, acţiunea iritantă asupra mucoasei gastrice, este în legătură cu aciditatea obişnuită a conţinutului stomacal şi pentru a evità contactul acidului cu mucoasa, el prescrie întrebuinţarea pilulelor keratinizate, solubile numaì în lichidul intestinal. Vermeulen însă nu admite acţiunea iritantă a formiaţilor şi susţine, ceva mai mult, că ei trebue să fie digeraţi şi rezorbiţi în stomac. El recomandă ca formă medicamentoasă comprimatele de câte 0.25 centigr. de un amestec de formiaţi de sodă, calce, magnesie şi urme de fier.

Din toate acestea rezultă, că precizându-se oare-şi cari detalii la întrebuinţarea formiaţilor, ei pot fi chemaţi a îndeplinì un rol însemnat în terapeutica simptomatică.

REVISTE ANUALE

D. Călugăreanu.

REVISTA DE FIZIOLOGIE

I. SISTEMUL NERVOS.

1). **Chestiunea neuronului.** Teoria neuronului a fost, în anii din urmă, supusă la o serie de atacuri din partea unor micrografi cari și'au făcut o specialitate din a fi antineuroniști. -- Se știe că în 1891, **Waldeyer** a dat numele de *neuron* unui element istologic format din o celulă nervoasă împreună cu toate prelungirile sale. *Celula* nervoasă, posedând un nucleu și o protoplasmă în parte granulară și în parte fibrilară, formează *corpul neuronului.* Din acest corp pleacă două feluri de prelungiri: *a)* prelung. *protoplasmice,* ramificate, cari se par a fi continuarea corpului celular (prelungiri *celulipete) b)* o prelungire unică, în general fără ramificațiuni laterale — *cilindrul-ax* sau prelungirea *celulifugă.* Prelungirile acestea se pun în raport cu prelungirile unui neuron vecin, dar relațiunile nu sunt de continuitate ci de *contiguitate.*

Individualitatea celulară a neuronului e stabilită pe date embriologice, morfologice și fiziologice. El derivă dintr'o singură celulă embrionară, care 'și conservă în timpul evoluțiunii sale independența morfologică; prelungirile sale rămân distincte și nu se sudează nici cu prelungirile unui neuron vecin. Toate părțile neuronului sunt solidare între ele, formând un tot în care viața și funcționarea unei părți e legată de integritatea elementului. Se știe că de câte ori o prelungire (fibră nervoasă) este separată de corpul celular, ea degenerează (degenerare Walleriană). Pe aceste fapte de degenerare, fiziologiştii şi patologiştii au fondat o metodă pentru studiul structurii centrilor nervoşi şi s'a putut astfel determinà traiectul fibrelor nervoase care pleacă din cutare sau cutare grup de celule.

Când o fibră nervoasă se regenerează, procesul pleacă totdeauna din capătul central care burjonează şi trimite o prelungire ce se alungeşte spre periferie,

In scurt, teoria neuronului susţine că de îndată ce o fibră nervoasă a fost separată de celula căreia aparţine, acea fibră este definitiv perdută, nu se mai poate regenerà dela sine. Ei bine! tocmai acest din urmă punct a fost pus în discuţie de către Albrecht Bethe mai ales. El a constatat că un nerv, separat de sistemul nervos central, degenerează în adevăr peste câteva zile, perzându-şi şi excitabilitatea; dar degenerarea nu e definitivă, căci după câteva săptămâni capătul periferic al nervului îşi recapătă excitabilitatea sa şi în acelaş timp se constată în el un mare număr de fibre regenerate. Această regenerare este, după Bethe, *autogenă;* nu s'a putut constatà sudura acestui nerv cu capătul său central sau cu vr'un alt nerv vecin.

Secţionând încă odată nervul autoregenerat, Bethe a putut obţinea o a doua degenerare. A. von Gehuchten a făcut experienţe analoage şi a avut aceleaşi rezultate.

Totuşi Langley şi Auderson, doi fiziologişti foarte abili şi neurologi recunoscuţi, n'au putut confirma rezultatele citate. In experienţele lor ei au constatat că de câte ori există o aşa zisă autoregenerare, ea era întovărăşită de anastomoze ale nervului interesat, fie cu capătul său central, fie mai ales cu nervii vecini. Când însă anastomozele lipseau, nervul secţionat nu mai conţinea fibre regenerate.

După cum se vede, teoria neuronului rezistă încă la atacurile ce i se aduc din această parte.

Un alt fapt adus în contra teoriei neuronului este aşa numita *degenerare ascendentă.* Când un nerv este secţionat, trebue, după doctrina neuronului, ca extremitatea centrală, acea rămasă în relaţiune cu celulele de origine a nervului, să rămână nemodificată, pe când cea periferică singură, trebue să degenereze. Or, în multe cazuri se constată că modificări degenerative se produc şi în capătul central.

Ele încep prin o atrofie a celulelor de origine şi se propagă apoi spre extremitatea secţionată a nervului. Acì însă trebue de subliniat faptul următor: degenerarea ascendentă este foarte *rară* în cazul *secţionării* nervului şi este de *regulă* când se *zmulge* nervul.

E de notat apoi că studiul degenerării ascendente a fost făcută mai totdeauna *zmulgând* nervii. Cred că înainte de a căutà să dărâmăm doctrina neuronului sprijiniţi pe degenerarea ascendentă, ar trebuì să ştim mai întâiu dacă zmulgerea nervului este perfect echivalentă cu tăerea lui. Mi se pare că rezultatul unei experienţe aşa de grosolane cum e zmulgerea unui nerv, trebue bine lămurit când e vorba de a rezolvì o chestiune aşà de importantă, căci nu prea ştim bine ce efect (mecanic ori altul) are zmulgerea nervului asupra centrului nervos de unde el emană.

Ori cum ar fi, rezultatele căpătate din experienţele citate, ar probà că neuronul nu este o individualitate unicelulară. pentru că dacă ar fi aşà, nu s'ar înţelege pentru ce s'ar atrofia o celulă căreia i s'ar amputà o prelungire.

In rezumat faptul (încă îndoelnic) că nervul se poate autoregenerà, precum şi existenţa degenerării ascendente (indirecte) în cazul de zmulgere nervoasă, au condus pe unii biologişti să modifice concepţiunea neuronului, considerând fibra nervoasă ca un element histologic autonom de origine pluricelulară. Neuronul ar fi o individualitate mai mult fiziologică şi funcţională decât anatomică. El nu e un element unicelular ci o individualitate pluricelulară.

Nu se poate prevedeà încă soarta acestei concepţiuni a neuronului, dar pentru moment se cade să facem cuvenitele restricţiuni asupra ei.

2) **Rolul sistemului nervos în: a) pulsaţiunea cardiacă şi b) peristaltismul intestinal.** *a) Teoria neurogenă şi miogenă a pulsaţiunii cardiace.* — Cu toţii ştim că activitatea funcţională a inimei constă din contracţiunile auriculelor urmate de contracţiunile ventriculelor. Succesiunea coordonată şi ritmică a mişcărilor acestor două perechi de cavităţi cardiace, ajutată de dispoziţiunea potrivită a valvulelor, asigură sângelui o mişcare determinată în interiorul cordului a cărui direcţiune este

totdeauna aceeaşi (lăsăm de o parte inima unor nevertebrate, care are putinţa de a schimbà direcţiunea curentului sanguin).

Ritmul şi coordonarea pulsaţiunilor cardiace constitue un tot funcţional de o admirabilă regularitate şi cu drept cuvânt s'a pus întrebarea: cărui din cele două ţesături capitale ce fac parte din inimă se datoreşte întreţinerea acestor mişcări? Sunt actualmente două teorii cari caută să explice mecanismul pulsaţiunii cardiace. Una pretinde că coordinrea şi ritmicitatea contracţiunii cardiace este o proprietate inerentă muşchiului cardiac. — *teoria miogenă* —; alta pretinde că sistemul nervos intracardiac este singurul care conduce aceste mişcări — *teoria neurogenă*.

Teoria miogenă admite că o pulsaţiune cardiacă naşte *automatic* în muşchii auriculelor din vecinătatea orificiilor vânoase. De acì ea se întinde *sub forma unei unde de contracţiune*, deocamdată în pereţii auriculelor şi apoi trece în pereţii ventriculelor a căror muşculatură este şi ea invadată de unda de contracţiune. -- După această teorie, unda contractilă născută în pereţii auriculelor se comunică pereţilor ventriculari, după cum ea se comunică dela extremitatea excitată a unui muşchiu schelete la cealaltă extremitate neexcitată.

Dificultatea de care se lovià această teorie la început erà de natură anatomică. Nu se cunoşteau legături musculare directe între auricule şi ventricule; erà o opinie clasică în anatomie că musculatura auriculelor este complect independentă de acea a ventriculelor şi nu se puteà înţelege cum o undă contractilă ar reuşi să se comunice dela un muşchiu la altul pe cale exclusiv musculară. Dar mai târziu disecţiunile îngrijite au descoperit în inima mamiferelor adevărate punţi musculare cari leagă direct musculatura auriculară cu cea ventriculară. Experienţele de secţionare a acestor punţi au arătat că ele au un rol important în transmisiunea contracţiunii dela auricule la ventricule. Deşi executarea acestor experienţe este din cele mai grele — fiind că trebue să se străbată în interiorul cordului pentru a găsì fasciculele musculare de conexiune şi că în timpul acestei operaţii circulaţia cardiacă trebue să fie oprită — D-l Humblet a putut aveà, printre nenumărate insuccese, şi câte-va rezultate pozitive. Inima a continuat a bate, după tăerea punţilor musculare, dar bătăile erau neregulate. Auriculele şi ventriculele se contractau fiecare cu un ritm propriu şi independent. Coordonarea normală între mişcările acestor două cavităţi cardiace erà suprimată. Alţi fiziologişti ca Stassen, Philips etc., au variat experienţele şi rezultatele lor se acordă cu teoria miogenă. Multe din aceste lucrări au fost inspirate de Léon Frédéricq, partizan al teoriei miogene.

Pe de altă parte teoria neurogenă, susţinută cu mult talent de Kronecker, aduce şi ea fapte în favorul ei. Nu voi cità decât una din experienţele lui Kronecker (C. R. Ac. Sc. *CXL* 20 Fevr. 1905 p. 529). Pentru a suprimà punţile musculare ce unesc auriculele cu ventriculele, el le prinde în o serie de suturi alăturate una de alta şi constată, când operaţia s'a făcut fără multă hemoragie, că pulsaţiunile cardiace conservă regularitatea lor neschimbată. Kronecker conchide că impulsiunile motrice se propagă dela auricule la ventricule prin elementele nervoase şi nu prin punţile musculare atrio-ventriculare.— Experienţele multiple ale lui Kronecker şi partizanilor săi sunt de acord cu teoria neurogenă.

E interesant de notat că Carlson (Americ. journ. of. Physiol. 1905), a făcut câteva experienţe pe inima de Limulus, experienţe ce ar venì în sprijinul teoriei neurogene. El a constatat că inima tubulară a acestui animal posedă pe faţa dorsală un ganglion nervos, care fiind excitat, accelerează ritmul cardiac şi poate chiar provocà contracţiuni în inima oprită. Pe de altă parte, această inimă primeşte dela nervul median o serie de filete nervoase simetrice, uşor de separat şi secţionat. Secţionarea filetelor mediane şi laterale ce se duc într'o regiune limitată a inimei, are de efect suprimarea coordonării mişcărilor în regiunea cardiacă unde ele se distribuiau, pe când hemisecţiunea dublă a pereţilor cardiaci făcută la înălţimi diferite, lăsând nervii intacţi, nu suprimă cordonarea.

Mai mult, extirpând tot nervul median, se vede că inima încetează de a se mai contractà. — Autorul conchide din experienţele sale că, cel puţin la Limulus, bătăile inimei şi coordonarea lor sunt exclusiv de origine nervoasă.

Viitorul va decide care din aceste două teorii este cea mai plauzibilă.

b) **Peristaltizmul intestinului subţire.** Intrebarea care s'a pus relativ la pulsaţiunea cardiacă (origina miogenă sau neurogenă) s'a transportat şi pe terenul mişcărilor intestinale. Dar acì se pare că rezolvirea ei a reuşit dejà, pe când relativ la pulsaţia cardiacă ea este, după cum am văzut, încă foarte controversată. — Magnus (Pflüger's Arch. *CIII* 1905, p. 515) a făcut o serie de experienţe, cu deosebire pe intestinul de pisică. El extirpă o parte din intestin pe care o pune într'un lichid apropriat, cum e lichidul lui Ringer sau al lui Locke (soluţiune salină, conţinând anumite substanţe, izotonică cu sângele şi săturată de oxigen). Fragmentul de intestin continuă să se contracte în acest lichid şi se poate experimentà în bune condiţiuni asupra lui.

Ştim că intestinul posedă în păreţii săi elemente nervoase aşezate în două strate. Plexul nervos cel mai extern (plexul mezenteric al lui Auerbach) e situat în stratul muscular al intestinului şi anume între stratul fibrelor musculare longitudinale şi stratul celor circulare. Al doilea plex mai intern (plexul lui Meissner) e situat la faţa externă a mucoasei intestinale.

Din punct de vedere fiziologic se ştie că intestinul, pe lângă mişcările sale peristaltice, mai prezintă particularitatea studiată de Nothnagel, Bayliss şi Starling, că o excitaţiune aplicată pe el într'un punct limitat, provoacă o contracţiune musculară în amontul punctului excitat şi o dilatare (relaşare musculară) în avalul acelui punct.

Fenomenul este de natură reflexă şi are rolul de căpetenie în progresiunea alimentelor către orificiul anal. Acest reflex se observă şi pe intestinul separat de animal şi conservat în lichidul lui Ringer sau Locke. Magnus a studiat rolul ce-l are sistemul nervos mienteric atât în producerea mişcărilor ritmice cât şi în reflexul menţionat. El deschide fragmentul intestinal în direcţie longitudinală şi apoi jupoaie mucoasa împreună cu plexul lui Meissner,

Ceea ce mai rămâne din intestin (musculatura longitudinală şi circulară, plexul mienteric şi peritoneul) execută mişcări ritmice şi arată chiar şi reflexul lui Bayliss şi Starling. Dacă acum se separă musculatura longitudinală de cea circulară — operaţie care lasă plexul lui Auerbach aderent de musculatura longitudinală — se vede că pătura fibrelor circulare (lipsită de elemente nervoase) rămâne imobilă şi nu se mai contractă decât dacă e excitată direct. Ca şi un muşchiu striat, ea transmite unda contractilă dela punctul excitat în regiunile invecinate. Din contră, pătura fibrelor longitudinale, pe care a rămas plexul lui Auerbach, continuă să se contracte ritmic.

Magnus conchide că *automatismul* și *ritmicitatea* mișcărilor intestinale sunt de origină nervoasă, pe când *contractilitatea* și *conductibilitatea* sunt singurele de origină musculară.

3). **Metabolismul nervilor.** Doctrina neoboselei nervilor, care devenise clasică, începe a fi viguros atacată. Știm că această teorie pretinde că nervul periferic nu cheltuește aproape de loc energie și de aceea nu se obosește funcționând. De curând însă Frölich și Tait, von Baeyer, Baas, Thunberg au dovedit că nervii ca și celelalte țesuturi au nevoe, ca să poată funcționà de oxigen. Astfel fiind, ei sunt locul fenomenelor de oxidare, deci de uzură.

Thunberg a măsurat chiar valoarea respirațiunii elementare a nervilor de epure și a găsit că un gram de nerv, în timp de o oră, absoarbe 22 m.m.c. de oxigen.

II. RESPIRAȚIUNEA.

1). **Regularea mișcărilor respiratorii și apnea.** Un mare număr de fiziologiști susțin că regularitatea mișcărilor respiratorii este întreținută de venozitatea sângelui. Prezența acidului carbonic în sânge la o tensiune determinată, constitue un excitant pentru centrul respirator din bulb, care comandă atunci o respirație activă. Dar când ventilarea pulmonară devine mai energică, sângele se arterializează destul de intens pentru a nu mai conțineà decât puțin acid carbonic, la o tensiune insuficientă pentru a exercità centrul bulbar. In acest caz mișcările respiratorii se opresc pentru un timp: avem *apnee*. Rolul venozității sângelui în regularea mișcărilor respiratorii a fost demonstrat dejà de mult timp de Léon Frédéricq, prin o experiență devenită clasică, care constă în a luà doi câni cu carotidele descoperite și a face ca sângele din carotidele cânelui A să treacă prin tuburi de cauciuc în encefalul cânelui B și viceversa. Dacă acum se bagă trahea cânelui A spre a-l împiedicà să respire, se vede că el nu manifestă nici un semn de asfixie deși sângele său e în totalitate venos; aceasta pentru că bulbul său primește sânge arterial dela cânele B a cărui trahee este liberă. Din potrivă, cânele B, ale cărui căi respiratorii sunt libere, prezintă fenomene de asfixie (accelerarea respiraţiei şi mărirea amplitudinei mişcărilor respiratorii); aceasta fiindcă bulbul său primeşte numai sânge venos dela cânele A.

Nu de mult Mosso (Arch. ital. de Biol. XLII 1905, p. 186) a descoperit un fapt menit să întărească şi mai mult ideea susţinută de Frédéricq. Dacă prezenţa acidului carbonic în sânge la o anumită tensiune constitue un stimulent al centrului respirator, iar lipsa lui sau micşorarea tensiunii sale suspendă mişcările respiratorii, atunci urmează că ori ce mijloc ce ar suprimà acidul carbonic din sânge sau i-ar micşorà tensiunea, va trebuì să producă apnea. Unul din aceste mijloace este neutralizarea acestui acid cu o bază. Mosso injectează în sângele cânelui adormit o cantitate convenabilă din o soluţiune de Na 0H şi obţine oprirea mişcărilor respiratorii, fără alte alteraţiuni funcţionale vizibile. Când animalul e profund adormit, se poate obţineà o apnee, ce durează până la 3 minute. Nu mai încape îndoială că întreţinerea mişcărilor respiratorii e datorită venozităţii sângelui.

2). **Nervii sensibili ai pulmonului.** Plumier (Arch. intern. de physiol. vol. I) demonstrează că pulmonii conţin filete nervoase centripete, ce fac parte din pneumogastric şi se distribue la faţa internă a alveolelor pulmonare. Excitarea lor prin vapori iritanţi produce o încetenire a mişcărilor respiratorii, scăderea presiunii în carotide şi în arterele pulmonare şi o încetenire a ritmului cardiac. Toate aceste fenomene lipsesc, dacă pneumogastricul a fost prealabil secţionat.

3). **Indiferenţa hidrogenului.** Când fiziologiştii au nevoe de un gaz indiferent asupra organismului, ei se servesc de hidrogen, care e reputat de a nu aveà ca şi Azotul nici o acţiune asupra funcţionării normale. Marcacci (*Arch. ital. de Biol.* LXII, 1904) face un amestec de oxigen şi hidrogen exact în proporţiunile, în care se găseşte azotul faţă de oxigen în aer şi constată că în acest amestec animalele respiră mai energic, se răcesc şi mor. Indiferenţa gazului hidrogen este după Marcacci o legendă. Viaţa ar fi fiziologiceşte imposibilă într'o atmosferă terestră, în care azotul ar fi înlocuit cu hidrogen, căci am muri de frig. In acest amestec combustiunile cele mai energice ale organismului nu ar puteà compensà perderea caloricului cauzată de hidrogen. Acest gaz s'ar comportà ca un metal ce ar fi aplicat pe întreaga suprafaţă a corpului şi iar sustrage necontenit căldura.

III. FERMENŢI SI FERMENTAŢIUNI.

1) **Identificarea unor fermenţi consideraţi până acum ca distincţi.** Abelous si colaboratorii săi urmăresc dejà de câţiva ani studiul proprietăţilor oxidante şi reductoare ale extractelor de ţesuturi animale şi vegetale. In anii din urmă Abelous împreună cu Aloy ajung la concluzia că puterea oxidantă şi cea reductoare aparţin uneia şi aceleiaşi diastaze. Tot în această ordine de idei, Pavloff şi elevii săi susţin că fermentul lab şi cu pepsina sunt una şi aceiaşi diastază. Am aveà dar fermenţi cu proprietăţi opuse (reductrice şi oxidantă, proteolitică, coagulatoare). E de remàrcat că atât Abelous cât şi Pavloff fac aceleaşi raţionamente pentru a demonstrà identitatea unor fermenţi consideraţi până acum ca deosebiţi. Aşà Abelous pretinde că extractul de ficat sp. ex. este împedicat de aer şi oxigen în aceeaşi măsură, de a oxidà acidul salicilic şi de a reduce nitraţii. De asemenea puterea oxidantă şi reductoare a acestui extract este de o potrivă influenţată de temperatură, otrăvuri etc. In fine, că organele, cari dau extractele cele mai oxidante, dau în acelaş timp extractele cele mai reductoare. Pavloff susţine identitatea chimozinei cu pepsina pe faptul că puterea proteolitică şi cazeifiantă a sucului gastric sunt influenţate în mod paralel de agenţii străini (acţiunea sărurilor, bilei, alcoolului, zahărului).

N'avem nici un motiv serios de a respinge această idee; dar se pare că pentru a puteà admite existenţa unui ferment cu proprietăţi diametralmente opuse, este nevoe de experienţe mai concluente, decât cele se s'au produs până acum.

2) **Productele digestiunii pepsice şi triptice.** Doctrina lui Kühne ne spune că peptonele pepsice şi triptice sunt substanţe biuretice (dau reacţiunea biuretului), solubile în soluţiunile saturate de sulfat de amoniac şi *cari rezistă la ori ce transformare ulterioară din partea pepsinei şi a tripsinei.* Ele reprezentau, după Kühne, *ultimele* producte de simplificare a substanţelor albuminoide sub influenţa diastazelor digestive. Ca

să susţie aceasta, Kühne se rezemă pe faptul că digestiunea pepsică *in vitro* prelungită chiar un an, nu face să dispară reacţiunea biuretului. De atunci încoace chestiunea a progresat şi azi ştim în urma studiilor lui Hoppe-Seyler şi mai ales a lui Zunz, că digestiunea *pepsică* întrece stadiul de peptonă şi ajunge să producă substanţe abiuretice cristalizabile (amino-acizi) ca: leucina, leucimida, acizi aspartic şi glutamič, tirozină etc. In ceea ce priveşte digestiunea *triptică*, dejà Kühne recunoşteà că ea poate da leucină, tirozină etc.

Progresele realizate în timpul din urmă au arătat, că în fond digestiunea pepsică e identică aproape cu digestiunea triptică; deosebirea între ele este numai că cea pepsică merge mai încet şi lasă să subsiste în lichid substanţe biuretice alături de cele abiuretice. Din contra, digestiunea triptică ajunge mai repede la sfârşit, aşà că prin o acţiune prelungită a tripsinei se poate obţineà relativ curând dispariţiunea complectă a reacţiunii biuretului. Cu toate astea, când proteoliza triptică a ajuns aci, nu trebue să zicem, spune E. Fischer, că totalitatea substanţelor proteice s'a transformat în producte cristalizabile, pentru că în lichidul de digestiune subsistă, alături de substanţele cristalizabile abiuretice (acizi amidaţi) o altă substanţă amorfă, precipitabilă cu acidul fosfotungstic, *care nu mai dă reacţiunea biuretului*. Acest compus (sau poate un amestec de compuşi) a fost numit de E. Fischer *polipeptidă* (identică probabil cu peptoidele lui Hofmeister). Această substanţă, supusă la acţiunea acidului chlorhidric, se dedublează şi dă pe de o parte leucină, alanină, acid glutamic şi aspartic, corpuri cari se aflau dejà şi în lichidul de digestiune, iar pe de alta, acid pirolidin-carbonic şi fenil alanină care nu coexistă în amestec.

Polipeptidele sunt dar corpuri intermediare între peptone şi acizii amidaţi, consistând din o asociaţiune a mai multora din aceste producte cristalizabile. Existenţa lor confirmă ideia lui Schützenberger şi Kühne, că în molecula albuminoidă ar există un nucleu, ce rezistă la acţiunea tripsinei.

E de reţinut că celebrul chimist E. Fischer, împreună cu elevii săi, a reuşit să prepare mai multe *polipeptide artificiale* şi speră că, plecând dela ele, să ajungă la sinteza peptonelor. Procedând sistematic, E. Fischer şi Abderhalden, au obţinut dejà cu polipeptidele nişte substanţe de sinteză destul de complicate, cari dau reacţiunea biuretului, precipită cu acidul fosfoţungstic şi unele sunt dedublate de tripsină. Formula lor chimică este cunoscută în mod precis; ceea ce constitue un pas considerabil.

Să notăm apoi că de curând Siegfried, hidrolizând cu menajare gelatină prin ajutorul acidului chlorhidric, a obţinut nişte substanţe denumite de el Kirine, a căror caractere le apropie de pelipeptidele naturale ale lui Fischer şi cari pot fi şi ele considerate ca intermediare între peptone şi acizii amidaţi.

IV. METABOLISMUL GENERAL.

1) **Rolul substanţelor albuminoide în producerea zahărului.** Chestiunea, dacă substanţele proteice pot servì ca substrat chimic pentru producerea zahărului în organism, nu e rezolvită încă în mod definitiv Pflüger admite acum, că zahărul nu poate provenì în organism decât dintr'o substanţă hidrocarbonată. Când nutrim un animal, ce a fost supus unei abstinenţe îndelungate, numai cu substanţe proteice şi constatăm că cantitatea de glicogen se măreşte, asta înseamnă că grupul hidrocarbonat aflat în molecula albuminoidă este singurul, ce se transformă în zahăr pe când restul moleculei proteice este complect neutru din acest punct de vedere. De asemenea când otrăvim animalul în abstinenţă cu floridzină, zahărul, apărut în urină nu poate provenì decât tot din o remaniare a nucleului hidrocarbonat al moleculei proteice. Pflüger afirmă că nucleul hidrocarbonat conţinut în totalitatea substanţelor proteice din organism reprezintă aproape 10%, cantitate suficientă pentru a explicà perderile de zahăr suferite de diabetici sau animalele floridzinate, fără să mai fie nevoe de admis că restul moleculei albuminoide (sp. ex. acizii amidaţi) intervine şi el.

Contra acestei ipoteze a lui Pflüger pledează fapte, pe cât se pare, destul de bine stabilite. Mai întâiu s'a constatat că cantitatea de substanţe hidrocarbonate, ce se pot extrage din substanţele proteice este foarte variabilă. Apoi s'a putut dovedì că şi unii acizi amidaţi, mai ales *leucina* şi *alanina* pot servì ca substrat chìmic pentru formarea zahărului în organism. Aşà Krauss (Berlin. Klin. Wochenschr. 1904. T. XXI p. 5) constată că pisicile în inaniţie şi otrăvite cu floridzină îşi măresc cantitatea de zahăr eliminată prin urină, dacă li se dă alanină (5 gr. pe zi, timp de 6 zile). Dejà Langstein şi Neuberg constatase (1903) o acumulare de glicogen la iepuri, cărora le dădeà 20—30 gr. de analină după 11 zile de abstinenţă.

Ei au găsit în urină acidul lactic, care, teoreticeşte vorbind, apare ca un termen de trecere necesar între analină şi substanţele zăhăroase.

In ce priveşte leucina, Mohr a văzut, că adăogând la hrana ordinară a unui diabetic, care elimină pe zi 49—63 gr. de zahăr, o cantitate de 20 gr. leucină pe zi, zahărul pierdut se urcă la 72—75 gr. pe zi pentru a cădeà la 55—59 gr. după suprimarea leucinei. După cum vedem, se pare că acizii amidaţi pot şi ei da naştere la zahăr în organism şi dacă formarea zahărului pe această cale va fi confirmată în mod definitiv, atunci vom puteà spune, că dintre toate productele cristalizabile rezultate din desintegrarea substanţelor proteice, cea, care e capabilă să deà mai mult zahăr în organism este leucina, fiindcă ea reprezintă 45% din molecula albuminoidă pe când alanina reprezintă numai 4%.

2) **Soarta produselor de digestiune ale albuminoidelor.** Se discută, dacă produstele digestiunii albuminoidelor ca peptonele, acizii amidaţi, fiind rezorbite, ajung în sânge ca atare sau dacă sunt mai întâiu modificate de păreţii intestinali. Pentru realizarea problemului calea erà indicată: constatarea acestor produse în sânge.

In ceea ce priveşte peptonele, autorii, cari au făcut aceste cercetări, ne dau rezultate discordante, Unii (Neumeister, Abderhalden şi Oppenheimer) neagă prezenţa peptonelor în sângele circulant; alţii Embden şi Knoop, Langstein, Nolf o afirmă.

G. v. Bergmann şi Langstein reiau chestiunea şi constată, că dacă se operează pe cantităţi mari de sânge se constată în el 7,7—14,7% de substanţe albuminoide, ce nu pot fi separate prin coagulare de căldură. Aceste substanţe la un loc sunt numite de autori *restul de azot.* Proporţiunea lor este cu atât mai mare cu cât digestiunea erà mai activă. Acest rest de azot conţine 25% albumoze, mai ales primare şi 55% compuşi precipitabili cu acid fosfotungstic. Aşà dar, o parte cel puţin din peptonele digestive trec nemodificate în sânge.

Care este acum destinaţia lor? Sunt ele utilizate de organism ori nu?

Să ştie că un mare număr de fiziologişti (mai ales Schmidt-Mühlheim, Neumeister, Shore) au constatat faptul că peptonele injectate în sânge se comportă ca nişte substanţe străine, şi chiar vătămătoare; în cele din urmă sunt eliminate cu urină. S'a zis dar, că peptonele, pentru a puteà fi utilizate de organism, trebue să sufere mai întâiu acţiunea păreţilor digestivi. Dacă să examinează însă lucrurile mai de aproape, se vede că condiţiunile realizate în injecţiile intravenoase de peptone se îndepărtează mult de condiţiunile, ce există în organismul normal. Cu glucoza se întâmplă acelaş lucru: injectată în cantităţi mici în sânge, ea trece imediat în urină pe când dacă e administrată, chiar în doze considerabile, pe cale digestivă, ea este foarte bine utilizată.

Nolf şi Hougardy (Arch. intern. de Physiol. vol. II p. 29), plecând dela ideea că peptonele introduse în sânge se elimină din cauză că sunt în prea mare cantitate şi că injecţiunea se face prea repede, au căutat să injecteze cantităţi mici la câni, cărora le mărise prealabil capacitatea de fixare pentru azot. In loc de a introduce peptonele pe cale sanguină, ei preferă calea subcutanată; aceasta pentru că dejà von Leube constatase că injecţia subcutanată a unor cantităţi mici de peptonă nu e urmată de eliminarea acestei substanţe prin urină.

Pentru a face organismul cânilor mai avid de azot (a-i mărì capacitatea de fixare) autorii supun animalele la o abstinenţă de 4 zile şi apoi la o dietă destul da prelungită şi lipsită de azot. In aceste condiţiuni, excreţiunea azotului scade până când ajunge un minimum (cam 0,111 gr. azot pe kilogr. şi pe zi, cifră obţinută în a 12-a zi de dietă). Acest minimum de distrucţiune a substanţelor azotoase obţinut, autorii dau cânilor pe cale digestivă o cantitate de peptonă, a cărui azot erà în cantitate cevà mai mare decât cantitatea de azot eliminată în timpul dietei neazotate. Dozarea azotului în urină şi fecale arată că eliminarea azotoasă creşte progresiv, menţinându-se totuşi inferioară cantităţii de azot introdusă cu hrană. Animalele însă nu pot rămânea în bună stare cu acest regim, pentru că se produc turburări digestive grave, cari slăbesc forţele lor.

Dar dacă administrarea peptonei pe cale digestivă este înlocuită după câtevà zile prin administrarea ei pe cale subcutanată, se constată că azotul urinar creşte imediat, fără să existe peptonă în urină (când doza injectată sub piele este egală cu doza ce se dădeà mai înainte pe cale digestivă). Dacă însă doza injectată sub piele este ceva mai mare, atunci se poate obţineà încă creşterea azotului urinar, dar se mai găseşte şi peptonă în urină. Nolf şi Hougardy afirmă că, dacă nu se întrec oarecare limite, se pot obţineà, cel puţin pentru un timp, un echilibru azotos (cu injecţii subcutanate) fără perdere de peptonă prin urină. Insă nici acest regim nu convine la infinit; să ivesc vărsături şi alte turburări.

După cât se vede, cel puţin în condiţiunile acestor experienţe, peptona Witte este o substanţă direct utilizabilă de organizm, fără să fi mai suferit acţiunea păreţilor intestinali.

Intru cât priveşte soarta celorlalte producte de proteoliză digestivă mai simple, adecă acizii amidaţi, avem de menţionat lucrări, cari tind să arate că şi ele sunt utilizate de organism.

Am văzut că experienţele lui Krauss şi Mohr fac să se creadă că alanina şi leucina pot fi utilizate pentru fabricarea zahărului în organism. De curând V. Heuriques şi C. Hanzen (Zeitschr. f. physiol, chemie XLIII, 1905, p. 417) au dat la lumină experienţe, cari ar dovedì că aceste substanţe pot fi întrebuinţate de organism pentru a face din ele sinteza albuminoidelor din ţesături. Ei au văzut că produsele unei proteolize triptice prelungite, cari nu precipită cu acid fosfotungstic, adecă acizi monoamidaţi pot întreţineà echilibrul azotos al gusganului şi chiar pot contribuì la mărirea cantităţii de albumină fixă a organismului.

V. FIZIOLOGIA GLANDELOR.

1). **Originea lactozei.** Se ştie că lactoza nu se găseşte în alte lichide organice decât în lapte. Ca să se explice geneza acestui zahăr, s'a presupus că glucoza din sânge (zahăr în C^6) s'ar combinà cu galactoza (tot zahăr în C_6) de origine alimentară şi ar formà lactoza (zahăr în C_{12}). Această unire s'ar face în ţesutul mamar. Ch. Porcher se ocupă de mai mult timp cu această chestiune şi în o lucrare recentă (C. R. Ac. Sc. CXLI, 1905, p. 73) demonstrează că galactoza, ce ieà parte la formarea lactozii nu este de origine alimentară. După dânsul, e posibil că glanda mamară are proprietatea de a transformà o parte din glucoza din sânge în galactoză şi apoi aceasta la rândul ei s'a combinat cu glucoza netransformată şi ar da naştere lactozei.

2). Glande cu secrețiune internă.

Asupra capsulelor suprarenale, ipofizei, tiroidei etc. nu avem de înregistrat în acest an lucrări de o importanță doctrinală. Voiu notà însă că la noi, dr. A. Slătineanu a început un studiu conştiincios asupra tiroidelor servindu-se de metoda sărurilor citolitice.

In schimb trebuesc menționate aci rezultatele studiilor făcute asupra fiziologiei glandei interstițiale a testiculului.

Studiul acestei chestiuni, început dejà de câțiva ani, a fost făcut la noi de d-l Prof. D. Voinov şi în Franța de Bouin şi Ancel. Din ambele părți s'a ajuns la concluzia că această glandă are un rol de apărare contra intoxicațiilor. Dar pe când cei doi autori francezi sunt de părere că glanda interstițială are un rol în apărarea în general a organismului contra multor substanțe toxice, autorul român crede că ea are rolul special de a apărà elementele sexuale, împedicând într'un mod oarecare toxinele de a ajunge până la aceste elemente.

Soluțiunea la care s'a oprit Prof. Voinov este probabil cea mai precisă; ea e singura care ne explică ineficacitatea, *in vivo* a serului spermotoxic, fapt care, după cum se ştie, face pe acest ser să se deosebească de toate serurile citolitice specifice preparate până acum.

VI. TECHNICA SI INSTRUMENTAȚIA FIZIOLOGICA.

1). In această privință trebue să remarcăm în prima linie apariţiunea unui volum intitulat: *Travaux de l'Association de l'Institut Marey*, de Chauveaux, Kronecker, Athanasiu, Waller şi Errera. Masson. Paris 1905, 148 pagini. Acest volum conține expunerea lucrărilor executate până acum în Institutul Marey din Paris.

Cele mai multe pagini sunt ocupate de lucrările d-lui I. Athanasiu, fostul subdirector al acelui Institut, actualmente profesor la Facultatea de Ştiinţe din Bucureşti. Eminentul nostru fiziologist, într'un studiu de vr'o 95 de pagini, se ocupă de perfecţionarea mai multor aparate înscriitoare întrebuinţate în fiziologie. Rezultatele precise la care a ajuns, vor contribui mult spre a evità pe viitor discuţiunile inutile ce au loc adeseori între fiziologişti, din cauza discordanţei rezultatelor obţinute de ei asupra aceleiaşi chestiuni, cari discordanţe provin din întrebuinţarea unor aparate defectuoase, defectele variind dela unul la altul.

Lucrarea d-lui Athanasiu aducând un însemnat serviciu fiziologiei, voiu da acì rezultatele la care d-sa a ajuns.

Autorul s'a ocupat de cele două ramuri ale metodei grafice mai mult întrebuinţate în fiziologie, adică a) *chronostilografia* şi *chronofotografia*. Din chronostilografie studiază mai întâiu funcţionarea pârghiei (levierului) înscriitoare, considerată pe de o parte în libertate şi de pe altă parte în legătură cu o forţă antagonistă; în fine când e pusă în condiţiunile cerute de aparatele din care face parte. Concluziunile trase din studiul levierului sunt:

1) «*In ori ce înscriere cu levierul amplificator, trebue redus la minimum momentul de inerţie a acestui levier, conservându-şi totuşi o soliditate destul de mare.*

2) *Amplificarea maximă ce se poate da acestui levier trebue să fie determinată după viteza mişcării şi după gradul de elasticitate a corpului care comunică mişcarea la levier.*»

Studiul funcţionării sfigmografelor (Marey, Ludwig, von Frey, Dudgeon, Jacquet) a condus po autor la următoarele concluziuni:

1) «*Sfigmografele cu resort pot să dea indicaţiuni destul de exacte asupra formării pulsului, dacă îndeplinesc următoarele condiţiuni:*

a) *Elasticitatea rezortului trebue să fie pe cât se poate de perfectă; forţa elastică nu trebue să întreacă 100 gr. pe milimetru de flexiune.*

b) *Levierul înscriitor nu trebue să aibă o amplificare mai mare de 20.*

c) *Legătura între resort şi levier trebue să fie cât mai intimă. Galeţii, dacă construcţia lor e perfectă, prezintă avantage destul de mari. Biela e de preferat.*»

Controlarea fidelităţii aparatelor cu transmisiune prin aer a dat ocaziune d-lui A. de a fixà condiţiunile ce trebue să îndeplinească un tambur înscriitor pentru a da curba exactă a mişcărilor ce i se transmit şi i-a permis să modifice tamburul lui Marey în sensul de a-l face cât se poate de fidel. A studiat apoi rolul tuburilor de transmisiune, determinându-le diametrul ce trebue să aibă şi prevăzându-le cu o diafragmă interioară. In fine a controlat exactitatea aparatelor exploratoare (cardiografe, sfigmografe, pneumografe, sfigmoscoape, sonde cardiace). Concluziile acestui studiu sunt:

> 1) «*Pentru ca transmisiunea prin aer să poată fi întrebuinţată la studiul mişcărilor fiziologice, trebue să realizăm unele condiţiuni indispensabile privitoare la părţile compozante a ori cărui sistem de transmisiune prin aer adică aparatul înscriitor, tubul de transmisiune şi aparatul explorator.*
>
> 2) *Printre aparatele înscriitoare cu transmisiune prin aer, tamburul cu levier dă cele mai bune indicaţiuni. Elementele constitutive ale acestui aparat trebuesc regulate în mod special:*
>
> a) *Membrana trebue să aibă o elasticitate pe cât se poate mai perfectă, şi perioada sa proprie trebue să fie cu atât mai scurtă cu cât mişcarea pe care o primeşte e mai repede. Când membrana e de cauciuc, se ajunge la acest rezultat dându-i tensiune în raport cu suprafaţa tamburului şi repeziciunea mişcării.*
>
> b) *Discul nu trebue să imobilizeze o prea mare suprafaţă a acestei membrane şi pentru asta e de preferat ca diametrul discului să nu întreacă o* $^1/_5$ *din acel al tamburului.*
>
> c) *Articulaţiunile levierului trebue să fie cât mai juste pentru ca să nu existe nici joc nici frecături dăunătoare.*
>
> 3) *Tuburile de transmisiune trebue să aibă cel puţin 5 milimetri de diametru interior. E foarte avantagios de a aveà tuburi cu 5—10 m. m. diametru interior şi a pune în interiorul lor un diafragm scobit într'un perete subţire. Diametrul acestui orificiu trebue să fie aproape* $^1/_{50}$ *din diametrul tamburului.*
>
> 4) *Aparatele exploratoare cu aer trebuesc prevăzute cu o membrană a cărei forţă elastică să fie superioară celei dela tamburul cu levier. Ori ce resort de întindere trebue aşezat în afară. Când pe membrana aparatului explorator se găseşte lipit un disc, el trebue să aibă un diametru cât se poate de mare.*»

In fine chronofotografia a fost perfecţionată de d-l A. în sensul că s'a mărit numărul imaginelor ce se pot obţineà pe secundă şi s'a adoptat această metodă la studiul mişcărilor microscopice.

Se vede că studiul d-lui Prof. Athanasiu este important nu numai pentru fiziologiştii de profesiune, dar şi pentru clinicianii ce se servesc de aparate grafice. Pentru aceştia din urmă, mai cu seamă, am reprodus aci concluziunile lucrării.

Al doilea articol inserat în acest volum este raportul d-lui A. D. Waller asupra *galvanometriei* şi *galvanografiei* şi în cele din urmă o notă a d-lui Errera asupra *Myriotoniei*.

2). Din punctul de vedere al fiziologiei ochiului trebue să semnalez un *oftalmomanometru* foarte ingenios şi precis, construit după indicaţiile d-lui Prof. Dr. G. Socor împreună cu asistentul său, dr. C. Brăileanu (Journ. de Physiol. et de Pathol, générale, VII, 2, 15 Mars 1905 p. 234). Cu ajutorul acestui aparat, dr. Thierer, sub conducerea Prof. Socor, a studiat modificările ce le încearcă tensiunea intraoculară la pisică şi câne în urma instilaţiunilor făcute în ochiu cu o serie de substanţe întrebuinţate în oftalmologie ca *colire*. Rezultatele: cele mai multe din aceste substanţe micşorează tensiunea intraoculară (ezerina pilocarpina, eucaina, dionina, takamina, heroina), unele din contra, o măresc în mod considerabil ex. hematropina (duboisina şi cocaina mai puţin); sunt în fine altele, ca atropina, care o micşorează la început pentru a o mări mai târziu. S'a mai studiat apoi modificările tensiunii intraoculare în urma rezecţiunii simpaticului cervical la epure, pisică, cobai şi câne şi s'a văzut că operaţiunea atrage după sine scăderea tensiunii intraoculare, dar fenomenul e temporar, căci după 30—40 zile lucrurile reintră în ordinea normală. Legarea carotidei la epuri şi cobai produce o scădere a tensiunii ochiului şi o mică slăbire a vederii.

3) E. Pflüger. *Abgekürtzte quantitative Analyse des Glycogens.* (Arch. f. d. Ges. Physiol. CIII, 1904, 169). Cu metoda lui Brücke-Kulz, o analiză de glicogen ţine 4--5 zile şi chiar o săptămână. Pflüger a găsit următoarea metodă care permite analiza în câteva ore:

1) 100 c. c. de o soluţie de KOH 60% se încălzeşte până la ferbere. Se aruncă în ea 100 gr. din organul interesat, tocat mărunt, şi se menţine ferberea timp de două ore. 2) Se lasă să se răcească, se varsă totul într'un cristalizor şi se adaugă 200 c. c. apă sterilă şi apoi 400 c. c. alcool de 96°. 3) După depunerea precipitatului se filtrează pe un filtru suedez de 15 cm. diametru. 4) Precipitatul se spală odată cu un amestec de 7 părţi KOH 15% şi două părţi de alcool 96°. Pe urmă se spală cu alcool de 66°. 5) Se dizolvă precipitatul în apă clocotită, se încălzeşte în apă şi filtrul cu rezidiul insolubil. 6) Se neutralizează soluţia. Dacă se separă un precipitat abondent de albuminoide, atunci se filtrează din nou şi se epuizează precipitatul în aceeaşi soluţie. 7) Se toarnă HCl până la titlul de 2,2% HCl. Se face inversiunea în 3 ore. 8) Răcire, neutralizare, fil-

trare și determinarea cantității de zahăr cu zaharimetrul cu penumbră. Cantitatea de zahăr găsită multiplicată cu 0,927, dă cantitatea corespunzătoare de glicogen.

CERCETARI ORIGINALE

Dr. S. Irimescu.

Reacțiunile paratuberculinelor în tuberculoza experimentală și în tuberculoza umană.

Se desemnează sub numele de bacili paratuberculoși, o serie de bacili, cari morfologicește nu diferă aproape de loc de bacilul lui Koch.

Caracterul cel mai marcant, comun membrilor acestui grup și care le dă chiar numele e acido-rezistența (bacili acido-rezistenți, säure-feste Bakterien, ai autorilor germani). Odată colorați, prin colorile bazice de anilină, ei nu se decolorează, prin acțiunea acizilor și alcoolului.

De și forma bacilară poate fi considerată ca cea mai frecuentă, filamente ramificate și prelungiri sub formă de măciucă pot fi observate la acești bacili, ca și la bacilul tuberculozei adevărate, stabilind astfel o apropiere cu formele parazitare ale ciupercilor filamentoase, cu specii prin urmare mai sus situate în clasificarea botanică. Departe deci, de a fi un produs de degenerare, formele acestea trebue să fie considerate, ca un fenomen de regresiune către o formă mai înaltă saprofitică. Punctul acesta este important, de oarece indică o înrudire cu specii saprofite, a bacilului tuberculozei, care pare așa de exclusiv adaptat, ca specie patogenă.

Bacilii acido-rezistenți, cauzează la animalele, pentru cari sunt patogeni, leziuni sub formă de noduli tuberculoși.

Patogenitatea e variabilă. Dela acțiunea energică a bacilului lui Koch, până la acțiunea dovedită până acum nulă a bacilului smegmei, toate transițiunile pot fi observate.

In general bacilii paratuberculoşi produc leziuni cari diferă de cele ale bacilului tuberculos, cu caracter mai mult exsudativ, decât proliferativ. Cu toate acestea, unii dintre ei, pot da naştere la adevăraţi tuberculi macroscopici şi istologici, cu celule gigantice şi cazeificaţiune [Moeller (33)].

Un alt caracter al acestor bacili e că sunt cromogeni şi că cresc pe mediile de cultură obişnuite, la temperatura laboratorului, contrariu bacilului tuberculos, care nu se dezvoltă decât pe medii speciale şi la temperatura termostatului, între 37°-38°.

Totuşi, bacilii tuberculoşi se pot dezvoltà abundent şi în bulion peptonizat simplu sau pe gelosă neglicerinată ca şi paratuberculoşii [Arloing, Courmont (1)]. Proprietatea cromogenă a culturilor de tuberculoză e foarte variabilă. Culturi colorate, galbene, roşii, etc., au putut fi observate de diferiţi autori ca şi la paratuberculoşi [Nicolas (38)].

Adaptarea la temperatura laboratorului poate fi obţinută şi pentru bacilul lui Koch. Prin trecerea prin corpul animalelor cu sânge rece (peşte, orvet) unii autori au reuşit să transforme, bacilul tuberculos uman într'un bacil, care poate să se dezvolte la temperaturi inferioare, ca şi ceil'alţi acido-rezistenţi. [Bataillon et Terre (4), Dubard (13), Moeller (34)]. Rezultatele acestea deşi n'au fost confirmate de toţi experimentatorii, meritau totuşi să fie semnalate.

Se poate obţine, chiar in vitro transformarea bacilului prin adaptare progresivă la medii de cultură din ce în ce mai sărace în zahăr şi glicerină (17, 2).

Bacilul omogen al lui Arloing poate fi adus în felul acesta să se dezvolte între 25° — 20° [Courmont (10)] şi chiar între 18°—15° [Ferran (17), Auclair (2)].

Pe de altă parte se pot obţine culturi de paratuberculoşi, cu totul asemănătoare cu culturile tuberculozei umane. Moeller (33) însămânţând bacilul timoteu din caverne produse experimental, în urma inoculării sale la animale a observat, că el nu se desvoltă, decât numai după 8 — 10 zile aproape tot aşa de lent ca şi bacilul tuberculozei.

Koch (24) în memoriul său asupra aglutinărei bacililor tuberculoşi relatează încă un punct de apropiere între aceşti bacili şi paratuberculoşii: serul aglutinant al animalelor tuberculinizate, aglutinează bacilii paratuberculoşi şi vice-versa serul animalelor inoculate cu paratuberculoşi aglutinează bacilii tuberculozei umane. Nobele şi Beyer, Courmont şi Descos (11) au confirmat faptul că fenomenul de aglutinare e comun acestor bacili.

Apropierile până aici relatate sunt evident artificiale, de oarece caracterele bacilului tuberculos nu se modifică decât după un timp îndelungat şi destul de greu.

In practică, paratuberculoşii se disting uşor de bacilul lui Koch, prin vitalitatea lor foarte mare, prin culturile exuberante şi proprietăţile lor cromogene.

Rămâne totuşi faptul, că nici unul din aceste caractere nu e absolut, aşa încât înrudirea paratuberculoşilor cu bacilul lui Koch, apare ca foarte strânsă. Odată mai mult şi cu un bacil, care pare aşa de exclusiv adaptat ca specie patogenă, cum e bacilul tuberculos, se poate vedeà, că bacilii sunt specii rău determinate, aşa încât punctele de trecere dela unii la alţii sunt în definitiv, destul de frecuente.

Numărul bacililor paratuberculoşi e destul de mare.

Aşà cu acest caracter se prezintă: bacilii laptelui şi untului (Petri Rabinowitsch, Korn, Moeller), cei cari se găsesc pe diferite graminee (timothee şi gras. bacillus II Moeller) în materiile fecale ale bovideelor (Mist bacillus) pseudotuberculosul bovin, bacilul smegmei, pisciarul (Bataillon et Terre, Dubard), bacilul unui mic reptil, orvetul (anguis fragilis), ai mucusului nasal (Karlinski, Preisz) ai urinei (Marpmann), paraleproşii (Stefanski, Rabinowitsch, Dean).

Produsele de macerare ale acestor bacili în bulion glicerinat, paratuberculinele şi reacţiunile lor au fost puţin studiate până acum. Un punct de apropiere între paratuberculoşi şi bacilul lui Koch e tocmai în similitudinea de acţiune a paratuberculinelor şi a tuberculinelor.

Ramond şi Ravaut (40) cu ajutorul bacilului tuberculozei pisciare au obţinut o substanţă, care la cobaii infectaţi cu tuberculoză umană, dă reacţii caracteristice, identice cu cele ale tuberculinei lui Koch. Animalele inoculate cu tuberculoză pisciară reacţionează la rândul lor la tuberculina lui Koch.

Krompecher (25) la animalele inoculate cu tuberculoză pisciară a observat şi el după injecţia de tuberculină, ascensii termice destul de tipice.

O lucrare mai recentă e cea alui Zupnik. (48) La 6 animale din 12, inoculate cu bacili paratuberculoşi, el a observat ascensii termice destul de însemnate, după injecţia subcutanată a tuberculinei Koch (doza de tuberculină întrebuinţată = 0.14 c. c.)

Feistmantel (18) la cobai inoculaţi cu un streptothrix, foarte înrudit ca proprietăţi biologice şi morfologice de bacilul tuberculozei, streptothrix farcinica, a obţinut reacţii pozitive întrebuinţând tuberculina lui Koch şi viceversa, cobaii tuberculoşi au reacţionat, după injecţia produsului de macerare al acestui streptothrix.

In acelaşi timp ca Zupnik, cu un număr şi mai mare de paratuberculoşi, începând încă din toamna anului 1902, am făcut în laboratorul de medicină experimentală, sub direcţia profesorului Cantacuzino, o serie de experienţe asupra acţiunei paratuberculinelor şi primele rezultate obţinute le-am comunicat, la cel de al doilea congres al asociaţiei ştiinţifice române ţinut în Bucureşti în Septembrie 1903.

Am lucrat cu paratuberculinele extrase din bacilii untului ai lui Petri-Rabinowitsh, din bacilul isolat de Moeller pe o graminee (Phleum pratense), timothee-bacillus, din bacilul smegmei, din bacilul pisciar al lui Dubard, Bataillon şi Terre, din bacilul unui mic reptil, orvetul (anguis fragilis),

Pentru obţinerea paratuberculinelor m'am servit de procedeul întrebuinţat pentru prepararea tuberculinei lui Koch.

Baloane conţinând bulion peptonizat şi bulion de cartofi (părţi egale), glicerinat (2%) sunt însămânţate cu culturi tinere de paratuberculoşi şi ţinute la termostat la 37°.

După intervale variate, 4—6 săptămâni, când cultura e luxuriantă sunt sterilizate ½ oră la 100°. Se adaogă bulionului sterilizat 4% glycerină şi se evaporează la bae-Marie, încetul cu încetul, până ce se reduce la a zecea parte din volumul primitiv. Se filtrează apoi pe hârtie Chardin sterilă. Filtratul obţinut constitue paratuberculina.

Paratuberculinele au fost injectate mai întâiu la animale sănătoase, pentru a studià comparativ acţiunea lor şi a tuberculinei lui Koch.

Cu 2 c.c. din seria de paratuberculine experimentate, reacţia a fost nulă şi la cobai şi la epure; tuberculina Koch nu provoacă nici ea reacţiuni decât atunci când e injectată în cantitate de 2 c.c. [Strauss (42), Cornet și Meyer (12)] deși Feistmantel (18) susține c'a obținut reacțiuni destul de pronunțate, după injecția de 0.15 cc. de tuberculină.

Cu 3 c. c. de paratuberculină Rabinowitsch am observat la cobaiul sănătos, 4—5 ore după injecție, o ușoară ascensiune termică de 0.8°—1°, trecătoare însă. Când animalul erà injectat dimineața, seara revenea la temperatura normală. Cu celelalte paratuberculine ascensiunile termice au fost mai puțin ridicate 0.5°—0.8°, în limitele aproape, ale oscilațiunilor de temperatură care se observă normal la cobai.

Injectând 6 și 9 c. c. de paratuberculine am constatat că animalele mor cu crampe clonice și ipotermie. In cazul dozelor acestea masive, accidentele mortale sunt datorite glicerinei, fapt dejà semnalat de Strauss (42) care observase moartea cobaiului după injecția de 4—6 c. c. de tuberculină Koch și o atribuise glicerinei, nu toxinei bacteriane.

Am repetat experiențele lui Strauss și am constatat după injecția de 6 c. c. dintr'un amestec de 6 părți glicerină și 4 părți apă, conținând prin urmare cantitatea de glicerină corespunzătoare celei din paratuberculină moartea cobaiului cu aceleași fenomene, ca după injecția de paratuberculină. La autopsie în ambele cazuri se vedeà o emoliză intensă. In termen mediu, o cantitate de glicerină egală cu 1% din greutatea animalului e doza mortală pentru cobai [Feistmantel (18)].

După ce am constatat efectele paratuberculinelor la animalele sănătoase, le-am injectat la cele tuberculoase. Animalele utilizate pentru experiențe au fost cobai tuberculizați experimental prin injecții de cultură pură, intraperitoneal. Cu 2 zile cel puțin înaintea experienței. temperatura a fost luată la fiecare 3 ore și dacă oscilațiile termice depășeau 0.5°—0.7°, animalele erau înlăturate ca improprii pentru experiență. In ziua injecțiunei, temperatura se luà la 2 ore și în zilele ulterioare la fiecare 4 ore. Termometrul, pentru toate aceste măsurători se introduceà până la aceiași adâncime (semnul de gradație care indică 36°). In cazul când cantitatea de paratuberculină întrebuințată erà mai mică de 1 c. c., o diluam cu apă destilată, ca s'o aduc la acest volum.

Pentru ca după injecția de tuberculine sau paratuberculine o reacție să fie socotită ca pozitivă trebuie să îndeplinească un număr de condiţiuni cari după Zupnik şi Feistmantel sunt următoarele:

1) Ascensie termică de cel puţin 1°,2

2) Curbă tipică, urcare adică a temperaturei după 3—4 ore dela injecţie şi cădere bruscă la normală, după un interval de aproximativ 8 ore.

3) Urcarea aceasta de temperatură să nu fie atinsă de animal în nici una din zilele anterioare sau în cele care au urmat injecţia.

4) Reacţia trebue să fie provocată în urma injecţiei de cantităţi mici de tuberculină sau paratuberculină, cel mult de centigrame nu de grame din aceste substanţe.

După injecţia subcutanată de paratuberculine la animale tuberculoase am constatat reacţiuni cari întruneau toate aceste condiţiuni.

Reamintesc că dacă pentru cobaiul tuberculos, ½ c. c. de tuberculină e suficient, ca se provoace moartea animalului, când se dau doze mult mai mici, (0.004 mm. c. în experienţele lui Feistmantel), organismul reacţionează numai cu ascensiuni termice destul de însemnate.

Pentru paratuberculine cantităţile minime pe cari le-am injectat, ca să obţin reacţiunile acestea termice au fost mult mai mari (0.25—0.50 c. c.) Feistmantel cu maceraţia glicerinată a streptothrixului farcinica a avut la animalele tuberculoase reacţiuni după injecţia de 0.01 c. c. Streptothrixul întrebuinţat de Feistmantel, în experienţele sale, erà însă mult mai patogen decât paratuberculoşii, mai patogen chiar decât bacilul tuberculos (un miligram dintr'o cultură de 3—4 săptămâni, injectat intraperitoneal omorà cobaii de 300 grame, în 3—4 săptămâni. pe când aceeaşi cantitate de cultură de tuberculoză nu îi omorà decât în 6—8 săptămâni).

Zupnik însă, la animalele inoculate cu paratuberculoşi n'a avut reacţii pozitive decât după ce a injectat 0.14 c. c. de tuberculină. Când dar, ascensiile termice observate în experienţele mele s'au produs numai după injecţia de 0.25—0.50 c. c. de paratuberculină, fiind dat că paratuberculoşii sunt mai puţin patogeni decât bacilul lui Koch, cantitatea întrebuinţată nu e prea mare, în ori ce caz nu depăşeşte cantităţile indicate de

Zupnik şi Feistmantel pentru ca reacţia să fie socotită ca pozitivă.

Experienţele au fost făcute pe cobai tuberculizaţi unii de 12, alţii de 21, 29, 44 zile Cobaiul e un reactiv puţin sensibil pentru tuberculină (pe când omul sănătos reacţionează la 0.25 c. c., de tuberculină, cobaiul nu reacţionează decât la 2 c. c., ceea ce proporţional cu greutatea corpului face o doză de 3000 ori mai mare) aşa încât reacţiile observate dacă sunt tipice, dovedesc cu atât mai mult că în produsul de maceraţie al paratuberculoşilor există o substanţă activă.

Ascensia termică a mers într'unele cazuri, până la 2°—2°.5, cu paratuberculina Petri-Rabinowitsch. Cercetând protocolul experienţelor am putut constatà, fapt semnalat şi de Feistmantel, că animalele cu tuberculoză mai veche reacţionează mai puţin ca cele cu tuberculoză mai recentă (a 2-a săptămână dela infecţie).

Cu 0.20 miligrame de bacili Petri-Rabinowitsch sfărâmaţi, reduşi în pulbere şi emulsionaţi într'un centimetru cub de apă sterilă am observat după injecţia sub-cutanată ascensii termice aproape identice.

Animalele martore, injectate subcutan cu paratuberculină lichidă sau cu corpi bacilari, n'au reacţionat cu cantităţile întrebuinţate pentru animalele tuberculoase. Injecţia subcutanată a unui amestec de glicerină şi apă în proporţia în care glicerina se găseşte în $^1/_4$—$^1/_2$ c. c. paratuberculină precum şi injecţia de apă sterilă n'au provocat de asemenea nici o reacţiune.

Animalele tuberculoase sunt foarte sensibile la injecţia intracerebrală de tuberculină. Cantităţi infime pot să determine reacţiuni după Borrel (5). A. Delille (15) la câini, prin inocularea intrarachidiană, sub arachnoidă, a bacilului timothee, a putut observà reacţiuni identice cu cele provocate de bacilul tuberculos (16).

Cu $^1/_4$ miligram de corpi bacilari Petri-Rabinowitsch sfărâmaţi şi reduşi în pulbere, emulsionaţi în câteva picături de apă, am observat după injecţia intra-cerebrală la un cobai tuberculizat de 39 zile o ascensie termică de 1°.5 (la cobaiul normal cu 1 miligram am obţiuut o ascensie de 1°).

In urma injecţiei intra-cerebrale de 0.05 c. c. de paratuberculină Petri-Rabinowitsch, reacţiile termice au fost tot aşa de tipice. Aceeaşi cantitate dintr'un amestec de glicerină şi apă în proporţia în care glicerina se găseşte în paratuberculină, injectată intra-cerebral n'a provocat nici o reacţiune.

Am repetat cu celelalte paratuberculine experienţele făcute cu paratuberculina Petri-Rabinowitsch.

Cu paratuberculina bacilului timothee, ascensia termică a mers până la 2.°5. Cu paratuberculina bacilului smegmei reacţia a fost mai puţin caracteristică (0°8), ceea ce ar concordà cu acţiunea puţin patogenă a acestui bacil. Cu paratuberculinele pisciarului şi orvetului reacţiunile au fost tipice, până la 1°4.

Intr'o a doua serie de experienţe am voit să văd, dacă animalele inoculate cu paratuberculoşi reacţionează la tuberculina Koch. Reacţiile obţinute în aceste experienţe au fost de asemenea pozitive.

La epuri injectaţi cu timotheu (o cultură pe geloză de 4 zile) în repetate rânduri am obţinut 40 zile de la data când se făcuse prima injecţie o ascensie termică de 1°.2 după ½ c. c. tuberculină Koch. Cu 2. c. c. (doză destul de mare dar nu trebue uitat, că epurile normal nu reacţionează decât la 5 c. c.) de tuberculină, ascensia termică a fost de 1°.7.

Pe alţi epuri din aceeaşi serie, injectaţi cu timotbeu intraperitoneal, am încercat şi reacţia diferitelor paratuberculine. Paratuberculina timotheului a provocat în cantitate de ½ c. c., o ascensie termică de 0°.8; după 2 c. c. temperatura s'a ridicat cu 1°.2.

Paratuberculina bacilului smegmei a dat o ascensie de 0°.8, cea a orvetului de 0° 9. Şi în aceasta a 2-a serie de experienţe ca şi în cea d'intâiu, am injectat într'acelaşi timp comparativ animale martore cu paratuberculine, cu amestecul de glicerină şi apă şi cu apă sterilă, fără să observ însă nici o ascensiune termică.

Terminând prima parte, relativ la reacţiile provocate de paratuberculine în tuberculoza experimentală, pot să adaog că într'o serie de experienţe intreprinse pentru studiul leziunilor provocate de paratuberculoşi, ascensiile termice pe cari le am semnalat, au fost confirmate şi de profesorul I. Cantacuzino.

II

Reacţiunile tipice observate la animalele tuberculoase, în urma injecţiei subcutanate de paratuberculine m'au făcut să încerc şi la oamenii tuberculoşi, acţiunea lor.

Rezultatele au fost pozitive la om ca și la animale. E un punct pe care îl socotesc destul de important, de oare ce poate să ajute întru câtva la diagnosticul tuberculozei. Diagnosticul acesta se poate într'adevăr face cu mai multă facilitate prin injecțiile de paratuberculină de cât prin cele de tuberculină, prepararea paratuberculinei fiind mai simplă decât a tuberculinei, de oarece bacilii paratuberculoși se dezvoltă mai repede și n'au nevoe de medii speciale ca bacilul lui Koch.

Reacțiunile provocate de paratuberculine la oamenii tuberculoși punând în evidență pe de altă parte acțiunea lor asupra leziunilor tuberculoase, ar autorizà ca și pentru tuberculine, întrebuințarea lor terapeutică.

Am încercat până acum, în injecție subcutanată la tuberculoși, numai paratuberculina timothee și-mi propun să continuu experiența cu seria întreagă de paratuberculine deși fiind dat, că la animale rezultatele au fost identice e probabil că și la om diferențe nu vor există.

Cantitatea pe care am găsit-o necesară, după mai multe încercări, pentru producerea reacțiunii la om a fost de1.5—2 mmc. E o doză mică, de oare ce și pentru tuberculină deși trebue început cu $^1/_{10}$—$^5/_{10}$ mmc. rezultatele nu pot însă să fie socotite ca negative, decât atunci, când după injecții repetate — în caz de reacțiune negativă la primele injecții — tuberculosul nu reacționează la doza de 10mmc.

N'am până acum decât 7 observațiuni de tuberculoză cu reacții pozitive, în urma injecției subcutanate a paratuberculinei timothee. Bolnavii la cari am făcut aceste injecții sunt tuberculoși din serviciul medical al profesorului Obregia, la ospiciul Mărcuța.

Injecțiile au fost făcute fără să observ vreo reacție locală. Am diluat cantitatea de paratuberculină întrebuințată în apă sterilă, așà încât să injectez la fiecare dată 1 c. c. de lichid.

Inaintea injecțiunii toate precauțiunile au fost luate, pentru a evità cauzele de eroare.

Bolnavii erau la repaus complect de mai multe zile și aleși printre aceia, cari fără vreun antitermic oarecare, n'avuseseră temperatură febrilă cel puțin cu o săptămână înainte. Temperatura s'a luat la toți bolnavii la fiecare 4 ore în cele 2 zile dinaintea experienței. In ziua injecției și în cele următoare la fiecare 3 ore. Cazurile erau variate; unele de tuberculoză destul de înaintată (3) şi altele de tuberculoză incipientă (4). La primii 3 bolnavi diagnosticul a fost confirmat şi prin examenul bacteriologic al sputelor.

Relatez pe scurt reacţiunile observate la aceşti bolnavi, mai întâiu la cei cu tuberculoză destul de înaintată şi apoi la cei mai puţin atinşi.

O primă bolnavă cu raluri cavernuloase într'unul din plămâni a avut înainte de a i se face injecţia de tuberculină temperaturile următoare: Cu 2 zile înainte, 36°.4, 36°.9, 36°.7, 36°.7, (la orele 8 a. m., 12, 4 şi 8 p. m.); cu o zi înainte 36°.3, 36°.4, 36°.6, 36°.6. In ziua injecţiei 36°.4. Injecţia a fost făcută la 10 dimineaţa. Deja la 2 după amiazi temperatura se urcase la 38°.7 la 5 erà 39°. la 8, 39°.2, la 11, 39°. A 2-a zi după injecţie, la 5 dimineaţa, 37°.6, la 8, 36°.8.

Temperatura a rămas apoi mai jos de 37°, în timp de câtevà zile consecutive, cât s'a urmărit în mod regulat.

La această bolnavă, ascensia termică, cât se poate de tipică, s'a produs foarte repede, dejà 4 ore după injecţie. Maximul însă (39°.2) de 2°.8 a fost observat după 9 ore; 20 de ore după injecţie, temperatura a revenit la normală.

La a 2-a bolnavă cu semne de tuberculoză tot aşà de înaintată, temperatura luată la fiecare 4 ore cu 2 zile înaintea injecţiei era normală.

In ziua injecţiei 36°.8. Injecţia a fost făcută la 11 dimineaţa. La 2 după amiazi termometrul arătà dejà 37°.7. La 5, 37°.7, la 8, 38°, la 11, 37°.9. La 5 dimineaţa, a doua zi, 38°.9, la 8, 38°.7, seara 36°.7. Temperatura s'a menţinut apoi mai jos de 37°.

Maximul de elevaţie termică (38.9) de 2°.1 s'a produs în cazul acesta după 18 ore; 30 ore după injecţie temperatura a revenit la normală.

La un al 3-lea bolnav cu raluri cavernuloase la unul din vârfurile plămânilor, temperatura luată erà normală în timp de 2 zile înaintea injecţiei. In ziua injecţiei 36°.8. Injecţia a fost făcută la 10 dimineaţa.

La 2 după amiazi 38°.3, la 5, 38°, la 8, 38°.3, la 11, 38°.2. La 5 dimineaţa a 2-a zi, 38°.6. Temperatura s'a menţinut ridicată între 38°—38°.5, 3 zile după injecţie. Maximul de ascensie (38°.6) de 1°.8, s'a produs 10 ore după injecţie.

Al 4-lea bolnav cu tuberculoză mai puţin înaintată (respiraţie sacadată, inspiraţie aspră, expiraţie suflantă). avusese în timp de 3 zile înaintea injecţiei temperatura absolut normală.

In ziua injecţiei 36°,2. Injecţia se face la 8 dimineaţa. Trei ore mai târziu 37°,5; după 6 ore 38°; după 9 ore 37°.2; după 12 ore 37°.2. Temperatura a revenit apoi la normală. Maximul termic (38°) cu 1°.8 deasupra temperaturii anterioare a fost atins 6 ore după injecţie.

La al 5-lea bolnav de asemenea cu tuberculoză incipientă, temperatura fusese normală în cele 2 zile înaintea injecţiei.

In dimineaţa injecţiei, 36°.6 Reacţia a fost în cazul acesta mai slabă (37°,7) cu 1°.1 deasupra temperaturii anterioare şi maximul a fost atins, 20 ore după injecţie. Temperatura a revenit apoi la normală.

La a 6-a şi a 7-a bolnavă, cu leziuni tuberculoase puţin înaintate, reacţiile au fost de 1°.1 şi 1°.3, 8 şi 14 ore după injecţia de paratuberculină.

Reacţiile observate la toţi aceşti bolnavi au fost absolut tipice cu totul identice cu cele semnalate de Strauss (42), Bandelier (6), Moeller (34) etc. Ascensia termică care a depăşit într'unele cazuri 2° s'a produs între 5 şi 20 ore după injecţia de paratuberculină, ca să dispară destul de repede la toţi bolnavii afară de unul, la care temperatura s'a menţinut ridicată în timp de 3 zile.

Strauss relatează şi el observaţii în care febra a durat mai multe zile după injecţia de tuberculină.

Fenomenele generale, cari se observă după injecţia de paratuberculină se aseamănă foarte mult cu cele produse de tuberculină: cefalalgie, ameţeli, pulsul accelerat, puţină tuse şi dispnee, pierderea apetitului, diaree, dar în definitiv au fost foarte atenuate la toţi bolnavii injectaţi.

Am încercat paratuberculinele subcutanat la o serie de bolnavi, cari nu erau tuberculoşi, în aceleaş dose şi în dose mai mari ca cele întrebuinţate pentru tuberculoşi cu rezultate constant negative. La oameni sănătoşi, reacţia a fost de asemenea nulă

Tuberculoşii la care injectasem paratuberculina, au fost injectaţi mai în urmă cu 1 c. c. apă sterilă. Nici o ascensie termică nu s'a produs în urma acestor injecţiuni.

Experienţa aceasta de control cu apă sterilă, era nevoe să fie făcută de oarece observaţiile lui Smidt (47) şi Fuerst (22) arată că sunt bolnavi (isterici?) cari reacţionează mai întâiu la tuberculină şi apoi într'acelaş fel la apă distilată şi chiar ei simpla înţepătură cu acul seringei.

Köhler şi Behr (26) în sanatoriul dela Holsterhausen dintre 60 tuberculoşi fără fenomene de isterie sau neurastenie, au observat la 21.7% dintre ei, ascensiuni termice, mergând până la 2°.4, în urma simplei sugestii că au primit o injecţie de tuberculină care trebuià să le provoace ridicări de temperatură. In realitate li se făcuse o injecţie de ½ c. c. apă sterilă sau o simplă înţepătură cu acul seringei.

Reacţiile obţinute cu paratuberculinele cu totul asemănătoare cu cele ale tuberculinelor ar puteà servì după cum am spus la diagnosticul tuberculozei.

Specificitatea reacţiunii tuberculinelor a fost însă contestată de diferiţi autori. Pentru Mathes (36) reacţia tuberculinelor e datorită albumozelor conţinute în aceste substanţe.

Kasparek (27) a arătat însă că curba termică după injecţia cu albumoze e absolut diferită de cea a tuberculinelor.

Alţi autori atribue proteinelor bacteriane, reacţiile date de tuberculine.

Buchner (7), Roemer (41), Gamaleia (23), Metchnikoff şi Rudenko (37), Klemperer (29) au observat într'adevăr reacţii energice la animalele tuberculoase, după injecţia proteinelor piocianicului, pneumobacilului Friedländer, vibrionului lui Metchnikoff, bacilului coli, etc.

Dozele de proteine întrebuinţate au fost însă în toate aceste experienţe mult mai mari (0.5—1 c. c.) decât dozele de tuberculină.

Cercetările chimice ale lui Kühne (28) arată pe de altă parte că substanţa activă conţinuţă în tuberculină se află în cantitate foarte mică şi cà în ori ce caz nu e de natura proteinelor.

Am refăcut experienţele lui Klemperer după procedeul indicat de el, pentru a extrage proteinele bacilului coli, în scopul de a încercà acţiunea lor la animalele tuberculoase.

Culturi din acest bacil curăţite cu o spatulă dela suprafaţa gelozei şi a cartofilor au fost emulsionate în 20 de ori volumul lor de apă sterilă. Emulsiunea a fost lăsată la temperatura termostatului (37°) ca să macereze complect.

După 15 zile de macerație am filtrat lichidul de mai multe ori pe hârtie Chardin sterilă. Filtratul conținând proteinele bacilului coli a fost injectat în cantitate de 1—2 c. c. la cobaii normali și cobaii tuberculoși. Reacția a fost quasi nulă în ambele cazuri, de abià o ascensie termică de câteva zecimi de grade (0°,2—0°,3).

Reacțiunea tuberculinelor și prin urmare și a paratuberculinelor—deoarece e identică—pare deci datorită unei substanțe specifice și nu proteinei bacteriilor.

O altă obiecție, care s'a adus reacțiunii provocată de tuberculine e că ascensiuni termice s'ar puteà produce și în alte afecțiuni decât tuberculoza.

In cazuri de sifilis, Neumann (39), Strauss și J. Teissier (43) în carcinome, Smidt (47) au putut observà ridicări de temperatură destul de pronunțate.

După Cornet și Meyer (12) în sifilis reacțiile locale sunt foarte rare. Cât despre reacțiile generale ele ar putea să fie datorite unui focar latent de tuberculoză. In ceeace privește cazurile de carcinome, deși reacțiile observate par tipice numărul lor e prea mic ca să atingă valoarea injecțiunilor de tuberculină ca mijloc de diagnostic al tuberculozei. Pe urmă un focar ascuns tuberculos, în oase sau în ganglioni a putut trece neobservat și în cazurile aceste.

Reacțiunile provocate de tuberculină ar fi însă foarte frecuente chiar în afară de ori-ce semn clinic de tuberculoză, ceeace ar indicà după unii autori, marele număr al tuberculozelor latente, dar pe de altă parte ar luà tuberculinei, mult din valoarea sa ca mijloc de diagnostic, fenomenul fiind prea general și observându-se la oameni cu aparența de sănătate perfectă.

Franz (20) a obținut reacții pozitive după injecția de tuberculină la 61% din 400 recruți din Bosnia și Herzegovina care păreau cu totul sănătoși.

Kraemer (32) a supus însă la o revizie critică severă statistica lui Franz, arătând pe deoparte că observațiile lui sunt făcute într'o regiune, unde numărul tuberculoșilor e mare și pe dealtă parte, că el n'a fost destul de riguros, în separarea cazurilor cu reacție pozitivă de cele cu reactie dubioasă, ceeace cu siguranță i-a dat un număr prea mare de tuberculoși.

Kraemer citează statistica lui Schüter (46). In clinica dela

Rostock, din 100 de bolnavi Schüter n'a obţinut la 70% nici o reacţie cu tuberculina; din cei 30 cari au reacţionat, numai 4 nu fuseseră diagnosticaţi cliniceşte.

Reacţia dată de tuberculine nu e deci un fenomen banal; ea nu se întâlneşte, după cum s'a spus, la majoritatea bolnavilor şi chiar la oamenii cu aparenţă de sănătate perfectă. Valoarea sa ca mijloc de diagnostic rămâne prin urmare destul de mare.

Statistica lui Beck (9) făcută pe un mare număr de bolnavi (2508) cea a lui Bandelier (6) (500 cazuri), a lui France (21) în care diagnosticul de tuberculoză la cazurile cari au reacţionat pozitiv la tuberculină a fost confirmat mai târziu şi la autopsie, pe când cazurile negative s'au arătat la autopsie ca netuberculoase, pun foarte bine în evidenţă valoarea tuberculinei în diagnosticul tuberculozei.

Rezultatele pozitive obţinute însă după injecţiunile de tuberculină în actinomycosă (Billroth şi Eiselsberg) în lepră [Babeş şi Kalinderu (18) Kaposi (30) Schwartz (45), Früհast (19) Kartulis (31) Daniellsen (16) Strauss (43) Azoulay (31)] în afecţiuni, prin urmare ai căror agenţi etiologici, prezintă multe puncte de înrudire cu bacilul tuberculozei, precum şi reacţiunile pe cari le-am putut constată la rândul meu în urma injecţiunilor de paratuberculină la oameni şi animalele tuberculoase şi de tuberculină la animalele injectate cu bacili paratuberculoşi arată că reacţiile tuberculinei şi a paratuberculinei sunt reacţii de grup nu de specie.

Voi căută să urmăresc mai de aproape şi pe un număr cât de mare de bolnavi, reacţiunile provocate de paratuberculine, înainte de a emite concluzii sigure asupra valorei lor ca mijloc de diagnostic şi poate şi ca mijloc terapeutic.

Am socotit însă, că apropiate de reacţiunile provocate la animalele tuberculoase, rezultatele acestea sunt destul de importante ca să merite să fie cunoscute şi verificate şi de alţi experimentatori.

BIBLIOGRAFIE

1) Arloing, Courmont. Le séro-diagnostic de la tuberculose. *Gazette des hopitaux* 1900, 1 Déc.

2) Auclair J. Les Modifications du bacille tuberculeux humain. *Archives de méd. expérim.* 1903. Juillet.

3) Azoulay. *Médecine moderne* 1893, Mai 24.

4) Bataillon et Terre. *C. R. Ac. Sciences* 1897 p. 1399; 1898 p. 538. *C. R. soc. biol* 1899 p. 608.

5) Borrel. Action de la tuberculine... par inocul. intracérébrale *C. R- soc. biol.* 1901.

6) Bandelier. *Deutsche med. Woch.* 1902. No. 20 p. 357 ; Die Tuberkulindiagnostik in den Lungenheilstätten. *Beitr. Zur Klinik d. Tuberculose* 1904. B. II. H. 4.

7) Buchner. *Münchener med. Woch.*, 1891, No. 49.

8) Babes u. Kalindero. *Deutsch. med. Woch.* 1891.

9) Beck. *Deutsche med. Woch.* 1899, No. 9.

10) Courmont. *Arch. de méd. expér.* 1903 Janvier.

11) Courmont et Descos. *C. R. soc. biol.* 1902 p. 1355.

12) *Cornet* u. *Meyer.* Immunität bei Tuberkulose (Kolle-Wassermann, Hdbuch. d. path. Microorganismen 1904 IV. p. 819,

13) Dubard, *Bul. Ac. med.* 1897 p. 580; *Centralblatt für Bakt.* XXXIV p. 85; *Rev. d. l. tub.* 1898 p. 13.

14) Delille A. *C. R. soc. biol.* 5 Juillet 1902.

15) Delille. A. Réact. des méninges à certains poisons du bac. tub. humain. *Arch. de méd. exp.* Mai 1902.

16) Daniellsen. *Monatshefte f. prakt. Derm.* 1891 3—4.

17) Ferran. J. Recherches sur la tuberculose et son bacille. *Revue de méd.*, déc. 1901 et janv. 1902.

18) Feistmantel Die Tuberkulinreaktion. *Centralblatt f. Bakt.* 1904. XXXVI p. 282; XXXVI, p. 408.

19) Frühast. *Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 36—38.

20) Franz K. Die Bedeutung d. Tuberculins f. d. Frühdiagnose der Tub. *Wien. Klin. Woch.*, 1902, No. 36—38.

21) France. Tub. Congr. London. cit. Koch. *Deutsche med. Woch.*, 1901, p. 832.

22) Fuerst. Zwei praktisch wichtige Fälle von Hysterie *Deutsche med. Woch.* 1900. No. 14.

23) Gamaleia. Ann. Inst. Pasteur 1889 p. 542.

24) Koch R. Ueber die Agglutination d. Tuberkelbacillen *Deutsche med. Woch.* 1901 No. 48 p. 829.

25) Krompecher. *Ann. Inst. Pasteur.* 1900.

26) Köhler F. u. Behr- M. Temperatursuggestionen bei Tuberkulösen. *Münch., med. Woch.*, 1904. No. 48, p. 2132.

27) Kasparek. *Wien. med. Woch.* 1897.

28) Kühne *Ztschr. f. Biol.* Bd. 12, 1893, p. 221.

29) Klemperer *Zeitschr. f. Klin. Med.* 1892. Bd. 20 p. 165.

30) Kaposi *Wien- Klin. Rundschau* 1891.

31) Kartulis *Deutsche med. Woch.* 1891.

32) Kraemer C. Die Häüfigkeit d. Tub. des Menschen nach den Tuberculinprüfungen *Ztschr. f. Hyg.* 1905. B. L. He. 2 p. 265—305.

33) Moeller Mikroorganismen. die den Tuberkel-bacillen verwandt sind. *Deutsche. med. Woch.* 1898. No. 14.

34) Moeller *Deutsche med. Woch.* 1894.

35) Moeller. Die Behandlung Tuberculöser etc. *Deutsche Klinik* IV. 1901. p. 109—176

36) Mathes. *Deutsch. Arch. f. klin. med.* 1894. *Centralbl. f. inn. med.* 1895.

37) Metschnikoff et Rudenko. *Ann. Inst. Pasteur* 1891, p. 567.

38) Nicolas. *Lyon medical* 1899. Oct. 8.

39) Neumann I. *Wien. Klinik*, Iuni 1891.

40) Ramond et Ravaut. *C. R. soc. biol.* 1898.

41) Roemer *Berl. klin. Woch.*, 1890. p. 1189.

42) Strauss. La tuberculose et son Bacille 1895. Paris.

43) Strauss. *Le Mercredi med.* T. XXXII. 1893.

44) Strauss et Teissier. *Sem. méd.*, 1893, p. 364.

45· Schwartz. *Deutsche med. Woch.* 1891. No. 29.
46) Schlüter. *Deutsche med. Woch.*, 1904. No. 8
47) Smidt H. Beiträge z. Beurteilung d. Tuberkulinreaktion. *Münch., med., Woch.*, 1904. p. 786.
48) Zupnik L. *Deutsche. Arch. f. klin. Med.* 1903, fasc. 1—3.

CRITICI ȘI CRONICI

Dr. C. Parhon.

Notă asupra elementului conducător al curentului nervos și electric în sistemul nervos.

(INTÂMPINARE CU OCAZIUNEA UNEI ASERŢIUNI NEÎNTEMEIATE A D-LUI ŞTEFĂNESCU-ZĂNOAGĂ).

In N-rul 8 din „România medicală“ 1905, D-l Ştefănescu-Zănoagă publică observaţiunile a 2 cazuri de tabes amiotrofic în cari examenul electric n'a arătat reacţiunea de degenerescenţă, ceea ce erà de aşteptat, având în vedere evoluţiunea lentă a atrofiei. Examenul electric în aseminea cazuri nu ne luminează întru nimic asupra naturei nevritice sau medulare (sau prin ipotonie) a procesului amiotrofic. El nu face decât să confirme ceea ce examenul anamnestic al cazului putuse dejà să ne dea mai înainte adecă evoluţiunea lentă a atrofiei musculare. Dar cum e bine ca observaţiunile bolnavilor, în general, să fie cât se poate de complecte, un detaliu mai mult e totdeauna bine venit. Astfel fiind, autorul a făcut foarte bine că a practicat în acele cazuri şi examenul electric.

Dacă mă ocup aci de acel articol e pentru că d-l Ştefănescu discutând rezultatele examenului electric comite o greşală care mi se pare monstruoasă şi pe care în plus o atribue în mod gratuit lui Erb, marele neurologist dela Heidelberg.

Iată într'adevăr ce zice d-l Ştefănescu:

„Atâta vreme cât puterea de conducţiune prin trunchiul şi ramurile terminale nervoase este posibilă pentru curentul electric, *fie că calea de transmisiune este mielina aşà cum susţine* Erb (¹) fie că este cilindrul ax şi atât cât se mai găsesc fibre musculare contractile muşchiul va reacţionà la curentul electric“.

Rezultă din aceste rânduri că:

1) Ar fi posibil ca curentul electric să fie condus de teaca de mielină.

2) Că această opiniune ar aparţine lui Erb.

Nu se ştie dacă Profesorul din Heidelberg citind aceste rânduri le ar fi socotit vrednice de onoarea unui răspuns şi intenţiunea mea nu e de a mă face avocatul d-sale.

Dacă am crezut bine să iau cuvântul, este pentru că atarii monstruozităţii ar puteà aruncà confuziunea asupra unor fapte cari de altfel sunt destul de clare şi ar puteà induce în eroare pe începători şi pe acei cari nu mai au destul de recente şi bine precizate în creerul lor anumite detalii de structură a sistemului nervos. In afară de acestea, cred că e bine ca şi presa noastră medicală naţională să nu mai fie considerată ca un fel de rezervoriu de scurgere şi ca anumite aserţiuni cari sfidează adevărul şi bunul simţ să fie scoase la iveală şi arătate publicului medical când ele au fost publicate.

Voiu demonstrà dar în acest articol că:

1) A susţine că teaca de mielină e elementul conducător al curentului electric e un non sens.

2) Că acest non sens n'a aparţinut nici odată Profesorului Erb.

Intrucât priveşte primul punct, demonstraţiunea nu mi se pare dificilă. Intr'adevăr o condiţiune de prima necesitate pentru un bun conductor e continuitatea lui. E suficient să stabilim o soluţie de continuitate într'unul din firele de sârmă ale unui aparat electric pentru ca să întrerupem immediat trecerea mai departe a curentului. Or tocmai această continuitate lipseşte învelişului de mielină.

O excitaţiune electrică a zonei motrice corticale determină precum se ştie contracţiuni musculare limitate la grupul funcţional corespunzător. Cum s'ar explicà fenomenul acesta dacă curentul electric ar fi condus prin teaca de mielină?

Intr'adevăr se ştie că aceasta nu începe imediat la ieşirea cilindrului ax din celula piramidală gigantă şi pe de altă parte

---

(¹) Subliniat de mine.

învelişul de mielină încetează înainte ca cilindrul ax să se fi pus în raport cu celulele din coarnele anterioare. Cum ar puteà deci servì de conductor învelişul de mielină când el începe mai departe de punctul de plecare al excitaţiei şi se termină înainte de locul unde curentul electric (şi cel nervos în starea fiziologică) e destinat să ajungă?

Dacă acum trecem la celula din coarnele anterioare, găsim acelaş lucru, învelişul de mielină nu începe decât la oarecare distanţă dela punctul de emergenţă al cilindrului axil din celulă şi se termină în momentul când fibra nervoasă intră în cea musculară, deci înainte de a fi ajuns la locul unde curentul electric îşi poate exercità acţiunea sa.

Din contră, cilindrul ax pătrunde în fibra musculară unde se ramifică, fapt ce ne arată în mod suficient că el e elementul conducător al influxului nervos ca şi al curentului electric.

Dar când e vorba de nervii periferici în afară de absenţa mielinei la punctul de plecare şi la cel de sosire al excitaţiunii, ea e întreruptă de nenumărate ori la nivelul strangulaţiunilor anulare.

In asemenea condiţiuni mi se pare că cu greu s'ar puteà imaginà un conductor mai mizerabil.

Singurul element constant care poate servì la conducerea curentului este cilindrul axil sau mai exact încă, fibrilele nervoase. Acestea sunt deci elementul conducător atât al influxului nervos cât şi al curentului electric.

Cu acestea cred că am probat că admiterea posibilităţei conducerii curentului electric prin învelişul de mielină înseamnă admiterea unui non sens.

Acestea mai probează încă şi altceva şi anume că înainte de a aveà pretenţiunea să înveţi pe alţii, e bine să cunoşti tu însuţi unele lucruri elementare.

* * *

Trec acum la al doilea punct pe care am promis să l demonstrez şi anume că opiniunea stranie cu care d-l Ştefănescu gratifică pe Erb *n'a aparţinut nici odată* acestui autor.

E un fapt bine cunoscut în materie de conductibilitate nervoasă acela că reîntoarcerea excitabilităţii electrice a nervilor, după un proces patologic, este de obiceiu precedată de reapariţiunea motilităţei voluntare.

Savantul profesor din Heidelberg a căutat să explice fenomenul acesta prin faptul că reparaţiunea cilindrului axil precede pe aceea a învelişului de mielină şi marele neurologist a presupus că mielina e necesară pentru excitabilitatea electrică a nervilor. De acì până a zice că mielina e însuşi elementul conductor distanţa e enormă. Admiţând ipoteza lui Erb s'ar puteà presupune că mielina e necesară pentru a împiedicà difuziunea curentului electric şi că astfel s'ar explicà necesitatea ei, căci ar servì în acest caz precum este foarte probabil, ca o substanţă izolatoare întocmai ca mătasea ce izolează firele unei bobine electrice pentru a împiedicà şi acì difuziunea curentului.

Pentru ca demonstraţiunea celei de a doua afirmaţiuni a mea să fie indiscutabilă, am voit să mă asigur eu însumi dacă cunosc destul de bine opiniunea acestui autor.

Pentru aceasta am preferat să mă adresez însuşi Profesorului Erb şi pentru ca cititorii să fie mai bine edificaţi, mi se va permite să citez aci textual şi cu sublinierile sale proprii câteva rânduri dintr'o scrisoare pe care maestrul dela Heidelberg a binevoit să mi-o adreseze în această chestiune.

Iată ce zice d-sa:

„*Vous* avez absolument raison sur mon opinion — J'ai seulement proposé *l'hypothèse*, que la gaine myeline soit necessaire pour la production de l'irritation éléctrique — en ne disant rien sur la voie de transmission et de conduction de celle-là. Vous trouverez mes idées dans mon grand traité d'Electrothérapie (II édit. Leipzig. W. Vogel. 1886) pag. 193 et dans mon travail préalable dans le „*Deutsch Arch. f. Klin Medizin.* Tom IV et V 1868 etc.

Şi cu aceasta cred că m'am achitat de a doua promisiune a mea, dovedind că opiniunea stranie pe care d-l Ştefănescu o atribue profesorului Erb n'a aparţinut nici odată acestui autor.

FAPTE CLINICE

(SPITALUL COLENTINA, SERVICIUL BOALELOR VENERICE)

Dr. M. Anghelovici, şeful serviciului şi **Ioan Jianu**, intern.

PLEUREZIA SIFILITICA PRECOCE

Noţiunea, că sifilisul în perioda secundară în anumite circumstanţe poate, să intereseze între alte organe şi seroasa pleurală este de dată relativ recentă.

Primele observaţiuni datează din Aprilie 1890, când Chantemesse şi Widal raportează *Societăţii medicale a spitalelor din Paris* două cazuri de pleurezii dezvoltate în plină rozeolă, fără ca altă cauză decât sifilisul să explice apariţia lor.

Chantemesse şi Widal remarcă, că aceste pleurezii au rezistat mijloacelor ordinare de tratament, dar au cedat tratamentului antisifilitic.

Autorii propun acestor pleurezii denumirea de *„Pleurezii ale stadiului rozeolic“*. Unul din cazurile, pe cari Chantemesse şi Widal au întemeiat cercetările lor este destul de interesant, pentru ca să fie rezumat:

O femeie de 29 ani, în timpul unei rozeole şi unor plăci mucoase ale gâtului este apucată de o durere foarte vie în partea dreaptă a pieptului.

Un medic pune diagnosticul de pleurezie umedă. După vreo trei luni femeia intră în spital cu sifilide papulo-scuamoase şi papulo-crustoase pe corp, sifilide bucale, adenopatie cervicală, sifilide pigmentare ale gâtului, dureri în continuitatea membrelor şi artralgii.

Tp. 38°. Examenul obiectiv constată dublu exsudat pleural, mai abondent la dreapta ca la stânga. Ținând compt de bilateritatea lichidului, de cantitatea lui nu tocmai mare, și durerile articulare se bănuià o pleurezie rheumatismală, dar fenomenele ulterioare au schimbat diagnosticul în sensul unei pleurezii sifilitice, anume: după patru luni exsudatul persistă și o irită sifilitică destul de gravă a apărut. Tratamentul mercurial prin fricțiuni fu instituit cu mare energie, încet, încet eflorescența dispăreà paralel cu exsudatul și după 6 luni pleurezia a dispărut complect în acelaș timp cu irita.

Caracterele principale ale acestei pleurezii au fost: bilateralitatea leziunilor, apariţiunea și evoluțiunea boalei în mijlocul fenomenelor ce aparțin unei infecțiuni grave, durata și disparițiunea lichidului prin tratamentul mercurial, în acelaș timp cu lezinnile gâtului, pielei și irisului.

Chantemesse mai studiază în 1891 la Lourcine încă trei cazuri identice.

In acelaș an Praetorius observă la Anvers un caz de acelaşi gen și Talamon contribue cu două observațiuni la studiul pleureziei sifilitice exsudative. Cazurile lui Talamon cedând facil tratamentului mercurial, au lăsat după disparițiunea lichidului câteva frecături și o respirațiune cam aspră, datorită după opinia autorului acțiunii sclerozante a infecțiunii sifilitice.

In 1893, luna Iulie, apare la Paris o interesantă teză a lui Rochon, în care autorul se ocupă de pleureziile consecutive pneumopatiilor terțiare, precum și de pleureziile desvoltate în perioda secondară sub influența directă a infecțiunii sifilitice. Adaugă la cele opt cazuri de pleurezii sifilitice rozeolice, publicate anterior, încă două.

In Iunie 1894 apare în *„Presse Médicale“* o lecțiune clinică a lui Chantemesse asupra pleureziei specifice.

Autori ca Lyon, Ferrand, Casset, Raynaud contribue cu noui cazuri la istoria clinică a pleureziei în legătură directă cu sifilisul.

In ședința de joi, 2 August 1894 a *Societății franceze de dermatologie și sifiligrafice*, Brousse (din Montpellier) face o interesantă comunicare asupra a trei cazuri. Istoria lor merită să fie consemnată în următorul rezumat:

1. Asupra primului caz cu diagnosticul: sifilom primar preputial, rozeolă, sifilide erozive bucale, adenopatie generalizată,

fenomene pleuretice la baza dreaptă, Brousse se pronunţă prin cuvintele următoare:

„Au debout j'avoue, que j'avais songé plutôt à une pleurésie simple on même tuberculeuse à cause des antécédents suspects du sujet, qu'à une pleurésie syphilitique, malgré la coïncidence d'accidents syplitiques en evolution. Mais la marche ultérieure de la maladie, l'amélioration de la pleurésie par le traitement specifique, son aggravation quand celui ci était suspendu, m'ont conduit à penser qu'il s'agissait bien d'une pleurésie par infection syphilitique.

Une autre particularité intéréssante de cette observation est la survenance des arthralgies, qui ont même, à un moment donné, coincidé avec une poussée nouvelle de côté de la plévre, arthralgies qui resistent au salicylate, mais cèdent à l'iodure associé au traitement mercuriel. Il s'agit donc parfaitement là, d'arthralgies syphilitiques et leur coincidence avec la pleurésie me paraît avoir aider puissamment à saisir la pathogénie de cette dernière".

2. O femee de 22 ani, cu accidente specifice anovulvare, a făcut două puseuri succesive de pleurită, întâiu la baza dreaptă, apoi la cea stângă. Pleurita stângă a fost exsudativă mult mai alarmantă, însoţită de ortopnee, tusă quintoasă, febră intensă şi hypertrofia splinei. Tratamentul antisifilitic a adus dispariţia fenomenelor pleurale.

3. O prostituaîă de 22 ani cu manifestaţiuni sifilitice secondare, face în serviciu o pleurezie stângă, care a dispărut în tratamentul mixt.

Brousse, având în vedere variabilitatea erupţiunii sifilitice secondare (rozeolă, sifilide erozive, sifilide papuloase, papulo-erozive etc. etc.) substitue numelui de *„Pleurezie sifilitică a stadiului rozeolic"* (Chantemesse şi Widal) denumirea *„Pleurezie sifilitică a perioadei secondare"*.

In acelaş an Zeleneff, medic militar la Kieff îngrijeşte un tânăr de 22 ani, sifilitic de 5 luni. Opt zile după intrarea în serviciu prezintă fenomene scorbutiforme, fenomene pulmonare şi o dublă pleurezie, fenomene ce s'au ameliorat graţie tratamentului iodomercurial. Zeleneff intitulează cazul: *Scorbut şi broncho-pleuro-pneumonie sifilitică.*

Tot în 1894 Montseret susţine la Montpellier teza inaugurală: *Contribution à l'étude de la pleurésie syphititique de la période secondaire.*

Aduce trei cazuri personale şi recunoaşte pleureziei sifilitice următoarele caractere:

a) Apariţiunea în primele luni după debutul infecţiunii concomitent cu exantemul şi cu primele manifestaţiuni pe mucoase, fie mai târziu în cursul diferitelor puseuri eruptive.

b) Ca simptomatologie se anunţă, când sgomotos, printr'un junghiu violent, dispnee intensă, febră ridicată, când din potrivă debut insiduos şi evoluează lent cu febră uşoară.

c) Manifestaţiunea pleurală este uni sau bilaterală, seacă sau cu exsudat; în acest din urmă caz exsudatul este rar aşà de abondent, ca să necesite o toracenteză.

d) Ea prezintă câteodată un mers cât mai neregulat, procedând prin puseuri şi conicizând uneori sau alterând cu manifestaţiuni articulare.

e) Caracteristica sa este de a rezistà tratamentului vulgar al pleureziei şi de a cedà repede tratamentului antisifilitic şi în particular celui mixt.

In 21 Noemvrie 1894 Carra susţine la Paris teza inaugurală: *Etude sur la Pleurésie syphilitique du stade roseolique.* In această lucrare autorul admite în totul ideile lui Chantemesse şi consideră manifestaţiunile seroaselor ca datorite unei adevărate erupţiuni, cum se întâmplă în aceeaşi perioadă pe tegumente.

In 6 Martie 1895 Jacquinet susţine la Paris teza de doctorat: *Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilittques.*

In această instructivă lucrare autorul studiază între altele şi pleureziile, ce apar la sifilitici în raport cu tuberculoza.

Aşà numitele pleurezii sifilitice nu sunt admise de toţi autorii zice Jacquinet; Landouzy chiar suspectează de tuberculoză pe sifiliticii atinşi de pleurezii în cursul manifestaţiunilor secondare, după cum suspectează pe atâţia dintre bolnavii atinşi de pleurezii zise „*a frigore*".

Le Damany publică în „*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*" din 27 Aprilie 1895, o notă asupra a trei cazuri de pleurezie în perioada secondară a sifilisului.

Bazându-se pe aceste trei observaţiuni, autorul susţine, că nu toate pleureziile secondare ale sifilisului iau tipul observat de Chantemesse (bilateralitatea frecuentă, exsudat puţin abundent, concomitenţa cu manifestaţiunile cutanate, fugacitate, dispariţiunea completă prin tratamentul antisifilitic). De asemenea nu toate pleureziile precoce iau tipul observat de Brousse (debut lent, fără fiori, febră puţină sau de loc, evoluţiune de multe ori prin isbucniri succesive, eficacitatea tratamentului).

Autorul a văzut aceste pleurezii durând într'un caz 80 zile, în altul 75 zile, însoţindu-se de un exsudat abondent, ce a rezistat tratamentului specific.

De acì rezultă sau că toate pleureziile de natură sifilitică n'au acelaşi tip clinic, sau se pot observà în cursul sifilisului secondar, când pleurezii *pur sifilitice*, când pleurezii *metasifilitice*. Acestea din urmă fiind rezultatul micşorării rezistenţei organismului şi infecţiunilor banale, ce au drept poartă de intrare leziunile specifice ale pelei sau mucoaselor.

In şedinţa din 15 Februarie 1896 a „Societăţii franceze de dermatologie şi sifiligrafie Spilmann şi G. Etienne comunică un caz de pleurezie dreaptă la un sifilitic cu rozeolă, sifilide erozive comisurale, ce păstră încă accidentul primar.

Pleurezia a debutat brusc, cu junghiu intens. Exacerbaţiunile febrile vesperale ajungeau la 40°.

Din lichidul extras prin puncţiune s'a făcut culturi şi inoculări la cobai, de altminteri negative pentru bacilul Koch. Autorii arată, că lichidul erà cantonat numai la bază, contrar de ce se întâmplă în pleureziile tuberculoase, ce se găsesc des mult mai sus de baza toracelui (?).

Spilmann şi Etienne mai menţionează atrofia muşchilor intercostali după dispariţiunea lichidului.

Ricard d'Aulnay consemnează în „Annales de dermatologie et syphiligraphie“ din 1896, cazul unui tânăr danez de 25 ani, ce în plină rozeolă are un junghiu la baza stângă, oare care dispnee, febră uşoară, fără frisson.

După câteva zile se constată semnele obiective ale unei pleurezii exsudative. Puncţia aduce un lichid roşcat. Căutarea bacilului Koch negativă.

In zilele următoare dispnea a impus o puncţiune evacuatoare de 600 gr. lichid.

Graţie tratamentului antisifilitic fenomenele pleurale n'au mai revenit. Graţie tratamentului iodomercurial a dispărut pe rând *icterul, flebita* probabil a safenei externe şi pseudorheumatismul accidente pe care bolnavul le-a făcut în serviciu.

Autorul consideră exsudatul pleural cu multă probabilitate de natură sifilitică şi îl explică printr'o iperemie a pleurei datorită virusului sifilitic.

Ricard d'Aulnay compară iperemia pleurală cu rozeola pielei sau cu petele congestive ce se găsesc pe seroasele articulare şi bursele seroase în pseudorheumatismul perioadei secundare a sifilisului.

Relatează, că a mai observat la Saint-Lazare încă două cazuri de pleurezie sifilitică precoce cu exsudat net, resorbit numai prin tratamentul mercurial.

Ciarrochi a publicat în „*Giornale italiano delle maladie venere e della pelle* din 1896, fasc. 2, trei cazuri de pleurezie sifilitică precoce.

In 1898 d-l dr. Vranialici, pe atunci intern, publică în „*Spitalul*" No. 18, o interesantă lucrare asupra unui caz de pleurezie sifilitică a perioadei secundare, observat la Filantropia în serviciul d-lui dr. Fl. Teodorescu.

După ce autorul face în mod complet istoricul cestiunii, dă în amănunte observaţiunea bolnavului, observaţiune pe care ţinem s'o rezumăm:

Un sergent de stradă de 33 ani, fară antecedente importante, în urma unui şancru sifilitic balanopreputial, noaptea în timpul serviciului este apucat de un junghiu puternic în partea stângă a toracelui, puţină tusă, fără expectoraţie, dureri articulare.

După opt zile un nou junghiu apare în aceeaşi parte, de astădată cu jenă respiratoare. Atunci bolnavul a observat pe corp pete roşioare-vinete.

La intrarea în serviciu se constată o erupţie de papule şi semnele unei duble pleurezii exsudative.

Respiraţiunea puţin suflantă la baze era terminată printr'o ploae de raluri crepitante fine. Bolnavul nu tuşià dela sine, nu expectorà.

Puncţia cu siringa Pravaz în stânga pozitivă.

„Prezenţa unei respiraţiuni puţin suflante cu un exsudat ce părea atât de mic, o inspiraţiune suflantă şi terminată prin numeroase raluri crepitante fine, indică şi o interesare inflamatorie a pulmonului, probabil o infiltrare microcelulară parenchimică, cu un mers lent, subacut, ţinând seamă de lipsa de febră, de tuse, de expectoraţie.“

Lipsa de comemorative tuberculoase, prezenţa unei erupţiuni cutanate sifilitice, însoţită de intumescenţa nedureroasă a ganglionilor, apariţia leziunilor pleuropulmonare la aceeaşi epocă cu apariţia accidentelor secundare a impus diagnosticul de *pleuropneumonie sifilitică a periodei secundare* cu atât mai mult cu cât a fost vindecată complet prin tratamentul mercurial intensiv.

Importanţa se ridică întru cât priveşte coexistenţa fenomenelor pulmonare alături de alteraţiunile pleurei.

Dieulafoy *studiază* în clinicele sale din 1897—1898 un caz de pleurezie sifilitică precoce la un tânăr de 25 ani, ce a intrat la Hôtel-Dieu pentru un junghiu ce dată de 4 zile cu localizare la unghiul inferior al omoplatului stâng. La examen se constată o pleurezie uscată, apiretică, fără ca pulmonii şi restul organelor să prezinte ceva particular.

Bazându-se pe faptul că bolnavul se găsià în a doua lună a infecţiei sifilitice, cu cicatricea şancrului, adenopatia satelită, rozeolă, plăci mucoase în gură, Dieulafoy consideră pleurezia ca un accident secundar al sifilisului, pune pe bolnav la tratamentul mercurial şi îl vindecă în 10 zile de pleurezia lui.

Dieulafoy termină capitolul pleureziei sifilitice precoce prin consideraţiunea, că ea nu este asociată cu leziuni pulmonare, contrar pleureziei sifilitice tardive, care face parte de multe ori din sifilomul broncho-pulmonar.

In urma acestui istoric necesar, dăm în rezumat următoarele patru observaţiuni.

OBSERVAŢIUNEA I-A. — M. R. 25 ani, căsătorită.

In antecedentele ereditare şi colaterale nu găsim tuberculoza nici diateza artritică.

Antecedente personale: Variolă la 12 ani. Friguri palustre la 15 ani. N'are trecut scrofulos. N'a avut fenomene pleuropulmonare. N'a avut rheumatism.

Istoricul boalei actuale: De vre-o lună i-a apărut sifilide papuloerozive vulvare şi perivulvare. fără ca să-şi fi dat seama de accidentul primar. De atunci este răguşită.

De două săptămâni are cefalalgii nocturne şi artralgii ale genunchilor, ce se exacerbează noaptea. Tot de două săptămâni are junghiuri în hemitoracele drept, mai manifeste noaptea. Uşoară tuse fără expectoraţiune.

Starea actuală: Tp. 37⁷. Puls 90 regulat. Anemiată, bine constituită.

Sifilide erozive amigdaliene. Sifilide papuloerozive vulvare şi perivulvare. Adenopatie inguinală indolentă dublă.

Ambii genunchi dureroşi spontan şi la presiune, fără a fi tumefiaţi.

Din partea aparatului respirator notăm tusă seacă, uşoară dispnee, durere la baza dreaptă, ce este puţin bombată. Ultimile 4 spaţiuri intercostale şterse. Excursiunile hemitoracelui drept leneşe. Matitate la trei laturi de degete sub vârful omoplatului drept. Vibraţii abolite. Murmurul respirator diminuat. Egofonie. Semnul banului. Puncţie pozitivă. Lichid serofibrinos. Nimic apreciabil la vârfuri.

Ganglionii axilari, supra şi subclaviculari neexplorabili. Ficatul nu trece de falşele coaste. Nimic particular la restul organelor. Urina nu conţine elemente patologice.

Examenul citologic al lichidului pleural, făcut de domnul Dr Gălesescu, a dovedit limfocite.

Nu s'a găsit bacilul lui Koch. Culturile şi inoculaţiile la cobai au rămas negative.

Tratamentul cazului a consistat exclusiv din injecţiuni de sublimat în număr de 8, adică 24 centigrame de sublimat.

După prima injecţiune temperatura a scăzut la 37³ şi a oscilat până la eşirea între 37³ şi 37⁵.

După trei injecţiuni artralgiile şi durerile dela bază au dispărut complect. După a 5-a injecţiune exsudatul pleural n'a mai fost constatabil nici prin puncţiuni repetate.

După o lună sifilidele au retrocedat şi bolnava a fost congediată, ne mai prezentând nici un fenomen pleuretic.

Din această observaţiune reţinem:

1. In plină erupţiune sifilitică (sifilide vulvare, perivulvare, sifilide amigdaliene) paralel cu artralgia genunchilor şi cu cefalalgia a apărut oarecum sgomotos o pleurezie dreaptă exsudativă.

2. Fenomenele pleuretice au cedat prin tratamentul exclusiv antisifilitic în acelaşi timp cu artralgia.

OBSERVAŢIUNEA II-A. V. I. 25 ani, necăsătorit, muncitor.

Antec. ereditare: Tatăl mort de febră tifoidă.

Antec. colaterale: Trei fraţi născuţi înaintea sa au sucombat imediat după naştere.

Antec. personale: Nu înregistrăm semne sau simptome de scrofulă, tuberculoză, nici fenomene dependente de artritism. S'a bucurat totdeauna de o perfectă sănătate. Nu este alcoolic, nici tabagic.

Istoricul maladiei actuale: De o lună i-a apărut un şancru sifilitic subpreputial, ce a fost urmat la vre-o 15 zile de o adenopatie inguinală indolentă dublă. N'a avut fenomene generale, care să-i fi atras atenţiunea, nici un fenomen subiectiv pleuropulmonar.

Starea prezentă: Apiretic. Puls 74. Bine conformat. Pe lângă un şancru sifilitic subpreputial pe cale de cicatrizare şi adenopatia satelită se constată rozeola sifilitică.

Examenul cavităţii bucofaringiene negativ.

Baza dreaptă uşor bombată. Mişcările toracelui de partea corespondentă mai leneşe.

Matitate pe o întindere de un lat de mână. Vibraţiile scăzute. Murmurul respirator redus. Pectoriloquie afonă. Semnul banului. Puncţie pozitivă. Lichid serofibrinos în tensiune. La vârfuri nu se percepe nimic deosebit. Ca fenomene subiective nu acuză nici cea mai mică jenă.

Teritoriile ganglionare vecine sunt puţin aparente. Ficatul nu este scoborît.

Din partea cordului şi celorlalte viscere nimic particular. Urina normală.

In lichidul pleural s'a găsit limfocite, nu s'a găsit bacilul Koch. Inoculările la cobai negative. Tratamentul a consistat numai din injecţiuni cu sublimat.

După a 4-a injecţiune lichidul a dispărut, fapt ce l-a confirmat în mai multe rânduri negaţiunea puncţiei.

Din această observaţiune reese: că avem aface cu o pleurezie exsudativă dreaptă în plină perioadă rozeolică, că această pleurezie a debutat, a evoluat insiduos, apiretic şi a fost resorbită prin tratamentul mercurial.

OBSERVAȚIUNEA III-A. — C. D. 18 ani, necăsătorit, muncitor, țigan.

Antecedente ereditare și *colaterale:* nule.

Antecedentele personale: Amigdalite în copilărie. In ultimii trei ani, vara a avut friguri palustre tip terț. N'are trecut pulmonar.

Istoricul boalei actuale: De vreo două luni i-a apărut două șancre sifilitice în reg. zygomatică stângă. Contaminarea ar fi fost făcută printr'un ștergar, cu care se servia și tovarășii săi de lucru, dintre care unul erà răgușit și bolnav de „sfrenție" neagă contagiunea prin sărutat.

Adenopatie preauriculo-cervico-parotidiană a urmat la vreo 10 zile dela ivirea șancrelor.

De vreo lună i-a apărut câteva sifilide papulo-erozive scrotale.

Starea generală n'a fost modificată întru nimic, n'a avut cefalalgii, amețeli, dureri osoase sau articulare, n'a avut fierbințeli sau vreo turburare apreciabilă din partea aparatului respirator.

Starea prezentă: Tp. 37^2. Puls 65—70. Starea generală bună. De constituție mijlocie.

In regiunea zygomatică stângă se constată două indurațiuni pigmentare, urma șancrelor sifilitice. Se mai constată adenopatia indolentă poliganglionară preauriculo-cervico-parotidiană stângă și câtevà sifilide papulo-erozive scrotale,

Examenul cavității bucofaringiane negativ. Mișcările toracice la baza stângă mai întârziate. Baza puțin bombată. Matitatea pe un lat de mână sub omoplat. Vibrațiile toracice diminuate. Expirația ușor suflantă. Egofonie. Semnul lui Pitres-Sieur. Puncție pozitivă. Lichid serofibrinos. Examenul citologic făcut de d-l Dr. Găleșescu, arată polinucleare în proporție egală cu limfocite. Inoculațiunile la cobai și căutarea bacilului Koch negative. Vârfurile par indemne. Ganglionii axilari supra și sub claviculari sunt f. puțini perceptibili. Bolnavul nu tușește, nu acuză nici cea mai mică greutate în respirațiune. Traube sonor. Cordul nu este deplasat. Restul organelor nu prezintă nimic de notat.

După a 3-a injecțiune cu sublimat, fenomenele pleuretice și lichidul a dispărut complectamente, sifilidele s'au șters.

In rezumat: Este vorba de o pleurezie stângă, ce a apărut, și evoluat latent, absolut apiretic în cursul manifestațiunilor secondare, pleurezie ce a cedat tratamentului specific.

OBSERVAŢIA IV-a. — S. V. 20 ani, necăsătorită, servitoare.

Antecedentele ereditare şi colaterale fără importanţă.

Antecedentele persoanele: In mica copilărie probabil rugeolă. Ca adolescentă deseori a avut friguri paludeene. N'a avut manifestaţiuni scrofulo-tuberculoase sau rhumatismale.

Istoricul boalei actuale datează de vre-o 25 zile, de când a apărut sifilide papuloerozive vulvare. Nu şi-a dat seamă de accidentul primar nici de adenopatia satelită. De vre-o 15 zile a observat pe corp numeroase sifilide papuloase, a răguşit. N'a avut artralgi. N'a avut cefalalgii, ameţeli, fiori de frig, junghiuri prin piept, n'a tuşit.

Starea actuală: Tp 38^7. Puls accelerat. Bine conformată. Starea generală relativ bună. Pe lângă sifilidele papuloerozive vulvare şi papuloase cutanate se mai găsesc sifilide labiale şi palatine. Respiraţiunea normală. Nu tuşeşte. Nu acuză dureri toracice. Matitate la baza stângă începând dela vârful omoplatului. Murmurul respirator se percepe ca în partea opusă, nealterat. Semnul banului. De asupra zonei de matitate frecături. Puncţia pozitivă. Lichid serofibrinos. Vârfurile nu prezintă nimic particular. Ganglionii cervicotoracici nu se pot explorà. Spaţiul lui Traube sonor. Cordul nedeplasat. Restul organelor par indemne.

A doua zi se face o injecţiune cu 0,03 ctgr sublimat, seara temperatura scade la 37°4.

A treia zi cinci puncţiuni repetate nu mai aduc lichid pentru cercetări bacteriologice, pentru stabilirea formulei leucocitare şi pentru inoculări la cobai.

După a 2-a inj. matitatea dela bază a dispărut şi după a 8-a bolnava a eşit din serviciu.

In rezumat: E vorba de o pleurezie ce a debutat în cursul unor sifilide vulvare, cutanate, bucale fără dureri, a evoluat febril şi a dispărut după o injecţie de sublimat. *In aceste patru cazuri* pleurezia exsudativă în cantitate mijlocie a apărut în cursul perioadei secundare sifilitice şi a fost influenţată de tratamentul exclusiv mercurial.

Aceste fapte dau dreptul să discutăm, dacă exsudatul pleural a fost de altă natură decât sifilitică şi dacă apariţiunea lui a fost numai o simplă coincidenţă cu manifestaţiunile secundare-

Diagnosticul etiologic în cazurile noastre va fi cam greu de stabilit.

In toate cazurile antecendente hereditare, colaterale, personale pe cât au fost posibil de scontat, lipsa sudorilor, examenul urinelor și eficacitatea tratamentului mercurial ne îndreptățesc, să eliminăm pleurezia rhumatismală. Este foarte adevărat că salicilatul de sodiu ar fi elucidat și mai mult chestiunea, dar ar fi trebuit un tratament exclusiv de salicilat ceea ce nu ar fi convenit de loc bolnavilor, ei fiind înainte de toate sifilitici.

O pleurezie banală serofibrinoasă ar fi fost de bănuit, dar vindecarea ei prin tratamentul mercurial, ar fi fost un lucru puțin probabil.

Formula citologică exprimată prin limfocitoză alungă din patogenie atât rhumatismul cât și infecțiunile banale, pentru ca să ne gândim la posibilitatea unor leziuni fimice pleuro-pulmonare de sine stătătoare sau la posibilitatea unei tuberculoze latente, biciuită de infecțiunea sifilitică (Landouzy, Jacquinet), dar căutarea bacilului lui Koch, culturile și inoculațiunile repetate la cobai au fost negative, în plus apariția pleureziei n'a fost precedată de prodrome prevestitoare, care să fi alterat cu mult înainte și profund starea generală, examenul vârfurilor examenul general minutios făcut și antecendentele nu arată tuberculoza.

Faptul că în cazurile noastre pleurezia a debutat în plină erupțiune secondară sifilitică, că la unul din bolnavi erà însoțită de exacerbațiuni dureroase nocturne, că a coincidat într'un caz cu artralgii indubitabil sifilitic e că în acest caz durerea de la bază a cedat tratamentului în acelaș timp cu artralgia genuchilor, că la toți bolnavii pleurezia a fost jugulată și vindecată prin tratamentul mercurial în câteva zile, suntem în drept și e foarte natural, să rămânem la diagnosticul unei pleurezii în legătură cu sifilisul, deși autori de frunte ca Landouzy, nu admite această entitate morbidă și suspectează de tuberculoză pe toți sifiliticii atinși de pleurezii în cursul manifestațiunilor secondare.

Prin urmare diagnosticul, pe care îl menținem este de *„Pleurezie sifilitică“*.

In cel de al doilea caz, unde manifestațiunile secundare nu trecuseră de exantemul rozeolic admitem formula lui Chantemesse şi Widal „Pleurezie a stadiului rozeolic al sifilisului.

Cât priveşte celelalte cazuri, (I-a, III-a, IV-a) unde manifestaţiunile depăşiseră rozeola şi se găseau marcate prin sifilide papuloase cronice, papulo-erozive împrumutăm dela Brousse eticheta de *„Pleurezie sifilitică a perioadei secundare“*.

Patogenia cazurilor noastre ca şi a celorlalte publicate de diferiţi autori, este dificil de precizat şi trebueşte să recurgem la ipoteza lui Chantemesse care explică exsudatul printr'o adevărată erupţiune pleurală. Aceiaşi explicaţiune o dă Carra în teza sa inaugurală.

Pentru Ricard-d'Aulnay pleurezia ar sta în legătură cu iperemia pleurală datorită virusului sifilitic, iperemie comparabilă rozeolei sau petelor congestive, ce se găsesc pe seroasele articulare şi bursele seroase în pseudo-rheumatismul perioadei secondare a sifilisului.

In cazurile noastre neexistând bronşite, renunţăm la opinia acelor, ce explică existenţa exsudatului pleural prin bronşitele atât de frecuente la sifilitici.

Le Damany admiţând în patogenia unora din pleurezii, în cursul sifilisului secundar, infecţiuni banale pornite dela leziunile sifilitice ale tegumentelor şi mucoaselor, faceo clasă de pleurezii meta-sifilitice.

Ei bine, în această clasă naturală a lui Le Damany ar puteà să intre cel mult cazul 1 şi al IV-lea al nostru, unde infecţiuni ordinare ar fi putut aveà drept poartă de intrare numeroasele sifilide de pe corp; sifilidele erozive din gură, sifilidele amigdaliene şi insistăm asupra acestor din urmă, întru cât amigdalele chiar puţin alterate se pretează pentru infecţiuni pe cale aşà zisă criptogenetică.

Ajungând la felul cum reacţionează pleura faţă de infecţiunea fracastoriană, discuţiunile nu vor lipsì întru cât din cazurile noastre formula citologică a lichidului pelural a fost o limfocitoză desăvârşită şi în alt caz pe lângă limfocite s'a adăogat o proporţiune egală de polinucleare.

Deci pleura a reacţionat faţă de sifilisul secundar, cum obişnuit reacţionează faţă de tuberculoză, — zicem obişnuit fiindcă limfocitoza nu este prea fidelă tuberculozei.

Intru cât priveşte mononuclearele eozinofile constatate de

Chantemesse și Widal în lichidul pleural al unui rozeolic, nu le-am întâlnit la cazurile noastre.

Interesant ar fi de știut, dacă formula limfocitară se menține în toate cazurile de pleurezie sifilitică rozeolică sau secundară, Limfocitoza esxudatului pleural ar concordà cu limfocitoza remarcată Reiss Sorrentino Nicola etc., în sângele sifiliticilor, limfocitoză confirmată și prin cercetările dr. Anghelovici și dr. Găleșescu, cercetări ce vor fi publicate în curând.

De asemenea limfocitoza pleureziei sifilitice recente s'ar armonizà cu limfocitoza găsită de dr. Găleșescu în lichidul cefalorachidian la sifilitici în plină periodă secundară, fapt comunicat la Societatea Științelor Medicale de dr. Stavrescu.

Din aceste ultime constatațiuni rezultă analogia cu care atât pleura cât și meningele se comportă față de sifilisul recent.

Cât despre limfo polinucleoza cazului al III-a ea ar desluși foarte bine epitetul adoptat dela Le Damany de „Pleurezie metasifilitică“.

Din punctul de vedere bacteriologic pe viitor este absolut necesară căutarea spirochetei palide a lui Schaudin, în lichidul pleureziilor suspectate sifilitice.

Din observațiunile noastre cât și din cele găsite în literatură, n'am putut să precizăm în ce măsură a fost nevoie de un „locus minoris resistentiae.“ sau de o slăbiciune prealabilă a pleurei și de o cauză ocazională pentru ca virusul sau microbul sifilitic, să provoace exsudatul pleural sau bilateral.

Fără îndoială, că atare predispozițiune organică și cauză ocazională trebue să existe.

Făcând bilanțul general al pleureziei sifilisului în stadiul secundar, vedem că afecțiunea este frecuentă mai ales în vrâsta adultă; cu toate acestea să citează câtevà cazuri la copii.

Proporțiunea este cam egală la ambele sexe. *Cât despre gradul* de virulență al sifilisului, necesar de a determinà o pleurezie nu se poate trage o concluziune netă.

In multe cazuri și în ale noastre siflisul a părut de o cam dată benin; starea generală a fost bună, tratamentul a lucrat energic, manifestațiunile exterioare așà de slabe ca intensitate încât compensarea lor prin niște erupțiuni viscerale, pleurale părea impusă.

Din contra, sunt cazuri de pleurezii unde manifestațiunile exterioare au fost foarte grave, starea generală alarmantă, tratamentul nu a dat totdeauna rezultat aşteptat şi infecţiunea sifilitică s'a repercutat cu furie asupra sistemului osos, articular, asupra vaselor mijlocii, asupra pulmonilor, asupra ficatului, splinei şi irisului. Cunoaşterea amănunţită a accidentelor îndepărtate terţiare, cuaternare sau parasifilitice ar fi dat o ideie mai mult sau mai puţin clară asupra gradului de virulenţă necesar, pentru ca sifilisul, să intereseze o pleură prealabil slăbită prin o cauză oarecare, dar din nefericire literatura trece asupra acestor date.

Statistica pleureziei sifilitice recente este puţin bogată în cazuri.

Literatura consultată întruneşte vre-o 36 cazuri.

Numărul acesta relativ restrâns ţine în parte şi dela faptul, că pleurezia sifilitică nu totdeauna se impune prin intensitatea semnelor şi simptomelor. Pe lângă aceasta se mai adaugă şi uşurinţa cu care de obiceiu se trece peste febra aşà zisà sifilitică, atunci când ea în realitate nu este de decât semnalul unei pleurezii sau al altei complicaţiuni.

Deşì ca simptomatologie pleurezia sifilitică nu îmbracă o formă bine-definit, e bine să o arătăm pe scurt în variaţiunile ei:

Debutul obişnuit fără fenomene prea alarmante. Fiori intenşi au deschis cortegiul simptomatic rare ori şi noi nu l-am găsit la bolnavii noştri.

Febra rar a fost ridicată, de cele mai multe ori a fost mediocră sau slabă, apirexia e notată în multe cazuri şi se găseşte menţionată în două din observaţiunile noastre.

Junghiul a fost semnalat la unii sifilitici; unul din bolnavii noştri l-a avut slab ziua, mult mai manifest noaptea, coincideà cu cefalalgia şi artralalgia sifilitică. Exagerarea nocturnă a junghiului pledează în mod peremptoriu pentru specificitatea pleureziei.

Ritmul respirator este alterat în cazul când pleurezia e însoţită de dureri şi junghiuri vii, când exsudatul devine abondent, ceea ce se întâmplă rar şi în cazul de complicaţiuni pulmonare, ce survin cu totul excepţional.

Examenul obiectiv combinat cu negaţiunea puncţiei exploratoare indică de multe ori o pleurezie seacă. Alte ori puncţiunea pozitivă confirmă diagnosticul unei pleurezii umede cu exsudat unilateral ca la bolnavii noştrii sau cu lichidul în ambele cavităţi pleurale, în cantitate mijlocie, mică, extrem de rar aşà de abondent ca să necesite toranceteza (Unul din cazurile lui Ricard d'Aulnay).

După Spilmann şi Etienne leziunile pleurale ar fi cantonate la baza toracelui, contrar leziunilor pleurale de natură bacilară, ce ar fi localizate către partea mijlocie a lui.

Această aserţiune susţinută şi de alţii are încă nevoe de verificări.

Pleurezia sifilitică coincide, alternează sau e urmată de diferite alte manifestaţiuni sifilitice în afară de erupţiunile exterioare: artralgii, artrite exsudative, osteo-periostite, flebite şi icter (cazul lui Ricard d'Aulnay), ipertrofia splinei (unul din cazurile lui Brousse) broncho-pneumonie (cazul lui Zeleneff), leziuni ale pulmonilor (Vranialici), irită (unul din cazurile lui Chantemesse şi Widal).

Ca mers, durată, terminaţiune, pleurezia sifilitică rozeolică sau secundară depinde după cum este sau nu tratată.

In cazurile, când nu este tratată sau este tratată neetiologic, pleurezia sifilitică este supusă la toate capriciozităţile pleureziei în general, capriciozităţi asupra cărora este inutil să insistăm.

Tratamentul general antisifilitic bine condus adresându-se şi erupţiunilor pleurale, jugulează cele mai multe pleurezii sifilitice oprindu-le în evoluţiunea lor; cu toate acestea sunt cazuri excepţionale foarte rebele la tratamentul anti-sifilitic, ex. cazurile lui Le Damany unde exsudatul a rezistat 75—80 zile şi unul din cazurile lui Chantemesse şi Widal, unde exsudatul a dispărut după 6 luni.

Ineficacitatea tratamentului mercurial faţă de unele pleurezii sifilitice nu trebue sa ne mire, după cum aceeaşi ineficacitate faţă de unele manifestaţiuni exterioare sifilitice, rebele la tratament nu ne miră de loc.

Influenţa sărurilor mercuriale asupra pleureziilor *metasifilitice* s'ar explicà în parte prin suprimarea sifilidelor şi în special a celor amigdaliene, care ar servì drept poartă de intrare pentru diferite infecţiuni.

Intru cât priveşte tratamentul mixt iodo-mercurial el pare să fi dat rezultate satisfăcătoare în unele ocaziuni.

Terminând acest articol, suntem în deplin acord cu Le Damany în a constatà dificultatea în care ne găsim de a reduce la acelaşi tip clinic toate pleureziile sifilitice.

Ori cum ar fi, pleurezia sifilitică rozeolică sau secundară are dreptul la autonomie întru cât sifilisul este o maladie eminamente infecţioasă, poate o *spiriloză cronică, datorită spirochetei palide a lui* Schaudinn şi întru cât sifilisul în perioada secundară are atâtea şi atâtea alte manifestaţiuni viscerale.

BIBLIOGRAFIE

1) *Annales de dermatologie et syphiligraphie* (1890).

2) *Annales et Bulletin de la Société de médecine d'Anvers*, 1891.

3) Talamon: Pleuresie syphilitique. *Médecine moderne,* 1891, 17 Sept.

4) Rochon Des pleuresies syphilitiques. Th. de Paris, 1893.

5) *Presse médicale.* Chantemesse. Iunie 1894.

6) *Ann. de dermat. et. syphil.* Brousse, 1894.

7) *Ann. de dermat. et syphil.* Zeleneff 1894 p. 1197.

8) Montseret: Contribution à l'étude de la pleurésie syphilitique de la période secondaire Th. de Montpellier 1894.

9) Carra: Etude sur la Pléuresie syphilitique du stade roseolique. Th. de Paris, 21 Novembre 1894.

10) Jacquinet: Contribution à l'Étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques Th. 1894.

11) Le Damany: *Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie,* 27 Aprilie 1895. Note sur trois cas de pleuresie syphilitique de la periode secondaire.

12) Spilmann et Etienne: Infection syphilitique s'accompagnant de pléuresie, de phlebite et d'ictèrè. *Annales de dermat. et syphil.* 1896.

13) Ricard d'Aulnay: *Annales de dermat. et syphil.*, 1896.

14) *Giornale italiano delle malatie venere et della pelle*, 1896 fasc. 2. Cearrochi: La pleurite essudativa durante stato dela sifilide.

15) Vranialici: Pleurezia sifilitică a perioadei secundare Spitalul No. 17, 18, 1898.

16) Dieulafoy: *Clinique médicale de l'Hotêl Dieu.* 1897—1898.

17) Mathis: Contribution à l'étude hematologique de la Syphilis, du Tabes, et dela paralisie générale Th. de Bordeaux 1901.

18) Bouchard: Traité de pathologie générale.

Dr. D. Galian-Mărăşeşti

O formă rară de gangrenă secundară a prepuţului

S. B., în etate de 77 ani, a stat în spitalul Mărăşeşti dela 15 Iunie 1905 până la 1 Iulie acelaş an, pentru o afecţiune, care nu prezintă nici un interes deosebit. Se constată însă ca parte remarcabilă şi demnă de publicat o diformaţiune curioasă a prepuţului, care datează de vre-o 50 ani.

Iată de ce e vorba: glandul e descoperit complect, dedesubtul lui și începând dela sulcul coronar există un apendice al învelișelor penisului, cu care se află în relațiune de continuitate. Partea apendiculară în cestiune, are o formă triangulară cu baza inserată pe fața inferioară a penisului; fețele triunghiului, cu direcțiunea antero-posterioară privesc lateral către fața internă a coapselor.

Laturea anterioară și cea posterioară, care se reunesc în unghiu în partea lor inferioară, sunt prevăzute cu câte un orificiu rotund, cari formează capetele unui traject canalicular săpat în grosimea organului apendicular și căptușit de pele umedă și acoperită de secrețiune sebacee. Un stilet, introdus în orificiul anterior pătrunde cu ușurință în acel tunel și ese pe orificiul posterior. Diametrul tunelului e de circa 5 m. m., lungimea lui de vre-o 2 cm.

Formațiunea acelei diformități a prepuțiului mi-am explicat-o printr'o gangrenă secundară, consecutivă probabil unui ulcer moale al prepuțiului sau glandului. Escara, formată prin ischemia țesuturilor comprimate de procesul inflamator, s'a eliminat la un moment dat și a dat loc unei soluțiuni de continuitate, pe unde glandul a făcut erupțiune „scoțând capul pe fereastră."

Prepuțiul a căzut, în virtutea gravității, dedesubtul glandului iar marginele ulcerațiunii au îmbrățișat ca o cravată, glandul, la nivelul șanțului coronar.

Cazurile de gangrenă a preputului, consecutivă afecțiunilor venerice, nu sunt prea rare.

Dar ceea ce imprimă un caracter interesant cazului special este prezența a două puncte de asemenea gangrenă: unul la partea superioară și altul la cea inferioară a fostului prepuțiu.

Din comemorativele bolnavului reese exactitatea presupunerii mele. O afecțiune venerică, probabil șancroasă (n'are nici o urmă de sifilis în prezent, iar celelalte boale venerice dau naștere foarte rar la asemenea complicațiuni) a produs o balano-postită cu gangrena consecutivă în 2 puncte diametral opuse ale preputului. Escara superioară a dat loc orificiului, pe unde a herniat glandul și care-i formează și acum o cravată la baza lui; cea inferioară a dat naștere orificiului posterior iar orificiul anterior al trajectului descris e format de orificiul natural anterior al preputului

FAPTE ANATOMO-PATOLOGICE

Prof. Dr. N. Thomescu și N. Nestor

SPITALUL DE COPII, SERVICIUL CLINICO-MEDICAL.

Un caz de invaginațiune ileo-cecală în colonul ileo-pelvian.

In ziua de 6 Iunie a. c., este primit dela consultațiunile gratuite, în serviciul medical, copilul Constantin Bailu, în vârstă de douăzeci luni pentru vărsăturì și dureri abdominale.

In antecedentele hereditare cât și colaterale nu găsim nimic de remarcat.

Antecedente personale: născut la termen; cântărià la naștere 3750 grame; erà perfect de sănătos; alăptat de mamă; i s'a dat pe lângă să sugă și alimente solide, încă de pe la vârsta de șapte luni. Cu toate acestea, copilul a continuat a fi sănătos și a se dezvoltà în mod normal.

N'a avut nici odată turburări digestive sau alte afecțiuni, după cât afirmă mama sa.

E unicul din șase copii, doi au fost născuți la termen morți iar ceilalți trei au murit la diverse etăți de difterie, scarlatină și colită desinteriformă.

Istoricul maladiei actuale: afecțiunea pentru care vine în spital, datează dela întâiu Iunie și a debutat în plină sănătate și în mod subit, cu dureri vii paroxistice în regiunea abdominală.

Aceste dureri erau diurne și nocturne, surveniau din când în când și durau dela câtevà minute până la un sfert și chiar o jumătate de oră.

In ultimele zile durerile devin mai frecvente și prezintă aspectul unor crize violente, aproape convulsive, copilul agitat, scoate țipete și nu-și găsià loc în pat.

Tot odată începú să aibă și vărsături alimentare și bilioase, refuză a luà alimente, i se da cu sila lapte, supă și ceai. Scaunele normale (unu și două în 24 ore) asemenea și micțiunile.

Mama se decide a venì cu el în București, pentru a intrà în spital, de oarece durerile cât și vărsăturile n'au cedat la nimic iar starea de slăbiciune se accentuà din zi în zi.

Ne găseam în fața unui copil abătut, slăbit, cianozat, dispneic cu puls mic și frecvent, apiretic și cu entremitățile reci.

Starea de depresiune erà însoțită de crize convulsive, ce au survenit des în tot timpul nopții de șease spre șeapte Iunie.

Vărsăturile alimentare cât și bilioase continuă, la nici un moment n'au fost însoțite de sânge sau materii fecaloide. Scaune normale, (unul sau două în 24 ore), lipsă de mucozități și sânge. In ziua intrării în spital, i s'a administrat, la vizita vesperală un purgativ (calomel) și copilul a avut trei scaune, ultimul a fost însoțit de ușoare striuri de sânge.

Nimic la cord și pulmon.

Pântecele ușor distins, timpanic, nu pare dureros la presiune și prin palpeu nu se pricepe nici o tumoare. Ficatul mărit, se simte sub falșele coaste. Splina e percutabilă dar nu e palpabilă.

Nu prezintă nimic în gât, la anus și pe tegumet, ganglionii din diverse regiuni nu se simt.

Sero-diagnosticul tuberculos a fost negativ și l'am făcut pentru că erà vorba de un copil cu o stare generală rea ; la care slăbiciunea, algiditatea, cianoza și apirexia indicau o intoxicare gravă a organismului. Aci am căutat sero-diagnosticul tuberculos, nu doar că bănuiam o baciloză, dar fiindcă prognosticul era grav și doream să controlăm la necropsie valoarea și importanța acestui nou mijloc de investigațiune.

In fața acestui tablou simptomatic se crede la posibilitatea unei gastro-enterite sau uremie.

Prin examenul urinei se elimină uremia și cu multă probabilitate înclinăm către o intoxicare, ce ar depinde de o afecțiune a tubului digestiv.

Acest diagnostic se impuneà, ținând seamă atât de observațiunea clinică a bolnavului, cât și de numărul mare de afecțiuni gastro-intestinale, ce erau în serviciu.

I se administrează: oxigen, injecţiuni cu oleu camforat, cu ser, clisme, se înveleşte cu vată şi se înconjoară cu sticle cu apă caldă. A doua zi la şapte lunie, ora patru p. m. copilul sucombă. A stat în spital numai 24 ore.

Necropsia: Nimic la cord şi pulmon. Ficatul mărit, coloraţiunea palidă bătând în galben pe alocurea, consistenţa diminuată vasele conţin puţin sânge şi pe secţiune ficatul pare exanguin. Splina uşor mărită, consistenţa mică, pulpa se rade cu înlesnire. Rinichii lobulaţi, capsulele se desfac cu facilitate, substanţa corticală puţin palidă. Ganglionii tracheo-bronchici, mediastinali cât şi mezenterici nu sunt măriţi de volum. Massa intestinală e distinsă prin gaze. Urmărind intestinul dela stomac în jos, la un moment, găsim intestinul subţire invaginat, cu mezenterul său şi o parte din epiploonul gastro-colic, în colonul ileo-pelvian. Colonul ileo-pelvian e agumentat de volum şi puţin deviat către linia mediană

Incizându-l dela rect în sus, găsim în interiorul său colonul şi cecu; apoi coborînd inciziunea pe colon şi cec, ne apare la iveală intestinul subţire, apendicele vermicular şi o porţiune din marele epiploon gastro-colic.

Colonul, în acest caz, erà redus la porţiune ileo-pelviană, restul fiind plisat şi invaginat în această porţiune. Mucoasa atât a colonului cât şi a intestinului subţire erà uşor iperemiată fără să prezinte vreo soluţiune de continuitate.

Valvula lui Bauhin, corespundeà la extremitatea superioară a rectului, deci acì intestinul subţire comunică direct cu rectul.

Nimic din partea meningelor şi axului cerebro-spinal.

Secţiunea longitudinală cât şi cea perpendiculară la axul tumorei, face să apară la iveală, trei cilindri intestinali superpuşi, mergând din afară în năuntru, în ordinea următoare: colonul ileo-pelvian, cecum şi ileon.

Ileonul este însoţit de mezenter şi între el şi cecum se află epiploonul gastro-colic şi apendicele vermicular.

In cazul de faţă e vorba de o dublă invaginaţiune, de oarece tumoarea formată în dauna colonului ileo-pelvian e constituită din trei segmente superpuse.

Prima invaginaţiune e reprezintată prin introducerea ileonului cât şi a apendicelui vermicular, în cecum constituind varietatea ileo-cecală ce se întâlneşte frecvent la copii iar a doua prin angajarea tumorei ileo-cecală în colon şi emigrarea sa până în colonul ileo-pelvian.

Cât priveşte cauza şi mecanismul acestei invaginaţiuni vom vedeà mai departe.

Sero-diagnesticul tuberculos a fost negativ, iar autopsia minuţioasă a cazului n'a dovedit leziuni bacilare, deci semnul biologic propus de Arloing şi Courmont în scop de a face diagnosticul a corespuns cu examenul anatomo-patologic.

Invaginaţiunea intestinală nu e o afecţiune excepţională; ea aparţine copiilor şi reprezintà aproape unica cauză a obstrucţiunii intestinale. Se întâlneşte la ori ce revistă şi poate evoluà în mod acut sau cronic. Cauzele cât şi patogenia invaginaţiunilor pare a se clarificà din zi în zi, graţie interventiunilor cari permit de a raportà cauza determinantă; fie la o iperexcitabilitate reflexă obişnuită la această vârstă, fiind dat că tunica musculară este excitabilă uşor şi foarte susceptibilă de a se contractà iregulat şi energic; fie la o dispoziţie anatomică specială; fie la un diverticul a lui Meckel; fie la o apendicită; fie la ulceraţiuni intestinale, etc.

In trecutul patologic al bolnavului nostru cât şi la necropsie n'am găsit nici una din cauzele mai sus citate, aşà încât credem că ingerarea alimentelor solide preà de timpuriu a determinat această afecţiune.

Invaginaţiunile se pot formà în dauna ileonului sau colonului.

Vârsta are influenţa asupra formelor de invaginaţiuni; la cei de ţâţă varietatea ileo-cecală se întâlneşte de 82 pentru 100 cazuri, la cei mai mari o găsim de 37 pentru 100 cazuri. Varietatea ileon o găsim frecventă la cei mari 30% şi rară la cei mici 5%.

Profesorul H. Hirschprung de Copenhague a descris patru forme de invaginaţiuni şi anume: 1) ileo-cecală, 2) colică sau colo-colică, 3) ileon sau ileo-iliacă şi 4) ileo-colică.

Pe lângă acestea mai găsim în literatură încă două forme: 1) invaginaţia apendicelui vermicular în cecum caz unic, citat de G. A. Wright şi Knovoles Renshan şi a 2) invaginaţia ileo-cecală în colonul transvers, două cazuri citate de Oustaniol şi Bowen Iones. Invaginaţia, care formează obiectul comunicării noastre, se apropie de ultima formă cu singura deosebire, că tumoarea ileo-cecală se află în colonul ileo-pelvian şi nu în cel transvers.

Tumoarea ileo-cecală sau cecum odată angajat în colon, fie că parcurge până la anus, fie că se opreşte în diferite segmente ale colonului, constitue forma ileo-cecală intra-colică. La această formă putem aveà subvarietăţi, după cum cecum se opreşte în emigrarea sa în colonul transvers, descendente, ileo-pelvian, etc. Cazul nostru cât şi cazul lui Oustaniol şi Bowen Iones constitue subvarietăţi ale formei ileo-cecală intra colică. In total avem şease forme, cu toate că fiecăruia li s'au descris în mod minuţios caractere diferenţiale, diagnosticul e şi nu facil, depinde de vârstă, forme şi în special de simptomele cu care se prezintă. Lipsa de simptome face pe d-l Robert Rideel şi George Chiène a confundà câtevà invaginaţiuni cu indigestiuni şi entero-colite; asemenea Leichtenstein citează cazuri fără constipaţie, fără evacuaţiuni prin rect de sânge sau mucus şi chiar fără altele din caracterele simptomatice ale acestei afecţiuni.

G. A. Wright credeà a fi o apendicită, pe când în realitate erà invaginaţia apendicelui vermicular în cecum.

Concluzia la care ajunge diverşi autori e că observaţiunile vor deveni frecvente pe măsură ce simptomele vor fi mai bine cunoscute.

In cazul nostru e vorba de un copil a cărui afecţiune a debutat cu dureri abdominale şi vomismente. Scaunele au fost normale până în ultima zi, iar din cauza timpanismului abdominal nu se puteà percepe tumoarea. Absenţa de caractere patognomonice şi nu raritatea cazurilor ne făcù să nu ne gândim la invaginaţiune. Autopsia a arătat, după cum am spus mai sus, existenţa unei forme rare de invaginaţie, prin care se făceà trecerea conţinutului intestinal.

Graţie faptului că lumenul intestinal erà liber se explică prezenţa scaunilor normale. Starea de intoxicaţiune gravă a organismului puteà să ţie la evacuaţiunea conţinutului intestinal în mod incomplect.

Intru cât priveşte mecanismul acestei invaginaţiuni, am puteà admite că s'a petrecut în 2 timpi: în primul rând s'a făcut invaginaţia ileo-cecală, iar în al doilea timp tumorea ileo-cecală s'a invaginat în colon. Graţie unei dispoziţiuni anatomice specială și unei laxități mari din partea mijloacelor de fixitate a cecului și colonolui, a putut tumorea ileo-cecală invaginată în colon să emigreze până în colonul ileo-pelvian.

Raritatea, dificultatea de diagnostic și în special, existența unei forme atipice ne-a făcut să dăm publicității observațiunea acestui caz.

LUNA MEDICALĂ

SOCIETĂȚI SAVANTE STRĂINE

ACADEMIA DE ȘTIINȚE DIN PARIS

Ședința de la 3 Iulie 1905.

Porcher. Sur l'origine du lactose. De l'ablation des mamelles chez les femelles en lactation. Rezultatele experiențelor autorului pot fi interpretate astfel:

1° Sângele aduce mamelei zacharul său normal, glycoza.

2° In cursul normal al lactațiunii, mamela transformă glycoza în lactoză, care, pe urmă, este excretată dizolvată în lapte.

3° Suprimându-se deodată mamela, ca în experiențele autorului, glycoza nu mai poate fi transformată în lactoză și se va acumulà în sânge (iperglycemie), apoi va trece în urină (glycozurie).

4° Glycozuria dispare însă repede, ceea ce se poate explicà prin scăderea probabilă a activității ficatului. In adevăr, nu se poate tăgăduì că în timpul lactațiunii activitatea ficatului trebue să fie mai mare. Este prima urmare foarte verosimil că, între ficat și mamelă, există un mecanism de relație încă necunoscut. Producerea unui exces de glycoză nu mai are rațiunea de a fi, atunci când glanda destinată a transformà această glycoză în lactoză, a dispărut.

5° In urină nu apare galactoza odată cu glycoza, ceea ce probează că lactoza nu poate proveni din unirea glycozei de origine sanguină cu galactoza de origine alimentară.

Autorul consideră stabilit, în urma experiențelor sale, că transformația glycozei în lactoză, însoțită în mod necesar de creațiunea galactozei ce se va găsi în lactoză excretată, este un fenomen intra-mamar.

Charrin și **Le Play.** Fixation des substances chimiques sur des cellules vivantes. Papaina introdusă în culturi de *b. subtilis* se fixează pe corpurile microbiane, într'un mod așà de intim încât, foarte repede, apa cu care se spală aceste culturi, nu mai conţine nici o urmă de diastază, pe când corpurile microbiane continuă a da reacţiunile caracteristice ale acestei diastaze. Autorii au făcut experienţe pe trei loturi de iepuri, spre a studià efectele culturilor papainate.

Primul lot, injectat cu culturi pure, a slăbit mult dar a rezistat. Al doilea injectat cu culturi papainate, a sucombat. Al treilea, tratat numai cu papaină, n'a prezintat mai nici un accident.

Culturi şi microscop probează că organele lotului al doilea conţin cei mai mulţi microbi şi sunt cele mai alterate. Afară de iperemia perivasculară, pe care o prezintă şi organele primului lot, se vede la al doilea mai cu seamă în ficat, la periferia lobulelor, zone bine delimitate în cari celulele nu mai pot fixà materiile colorate părând a fi suferit, un fel de digestie, de pe urma papainei liberată fatal de bacilii dezagregaţi. Neputincioşi a secretà toxine suficiente spre a lucrà la distanţă, bacilii se servesc de otrăvurile aderente; câte colonii microbiane se formează, atâtea focare patologice se desvoltă: o serie de processe locale constitue boala generală.

Aceste experienţe mai probează că papaina incorporată în celule, scapă cel puţin în parte acţiunilor antidiastazice ale circulaţiei. Apoi se vede că, cu ajutorul fixaţiei unor principii analoage acelora ce produc processele putride sau fermentative, într'o cavernă pulmonară, un intestin dilatat, un uter conţinând resturi de placenta, etc., microorganisme, până atunci saprofite, pot devenì nocive.

Noui cercetări fac pe autori să insiste asupra importanţei fixaţiei, de către ţesuturi, a unei mulţimi de substanţe chimice. Lucrări făcute cu Moussu, tind a probà că dispariţia repede a unei toxine depuse în sânge se datoreşte faptului că, cel puţin în parte, ea aderă îndată la elementele interne ale păretelui vascular. In acelaş chip, placenta apare ca un regulator important, prepus la făt spre a repartizà materialele utile cu măsură şi a opri compuşii dăunători. (Placenta fixează: zachăr, strichnină, materii colorante, albuminoide etc.).

Principiile fixate pot părăsì celulele, chiar în afară de dizlocaţii celulare, sub influenţe diverse (oscilaţia condiţiunilor de izotonie, de presiune osmotică, etc.), prin urmare proprietăţile lor, după împrejurări, pot fi când latente, când active.

ŞEDINŢA DE LA 10 IULIE 1905.

Laveran. Sur le traitement des trypanosomiases par l'acide arsénieux et le trypanroth. Doi câini infectaţi cu Durina şi trataţi cu injecţii intra-venoase de acid arsenios şi injecţii intra-musculare de trypanroth, s'au vindecat de această boală care la câini este în totdeauna mortală.

Deşi ambii câini au fost inoculaţi la aceeaş dată şi cu acelaş virus, la unul au fost de ajuns numai trei tratamente succesive, pe când la celălalt au trebuit şease. Acesta cântărià 10 kgr. şi a primit într'un timp de 47 zile: 72 mg. acid arsenios şi 1 gr. 20 trypanroth, suportându-le bine.

Autorul nu se îndoeşte că, cu acest tratament mixt, se pot vindecà diferitele trypanosomiaze complect şi definitiv. Posedă animale vindecate de mai bine de un an. Sângele lor nu mai este infectant. Totuşi este sigur că animalele astfel vindecate n'au dobândit nici o imunitate faţă de trypanosomiază, căci, îndată ce i se inoculează iarăşi, ele recapătă boala cu aceeaşi evoluţie ca animalele noui.

Nu se poate prin urmare nădăjdui în combaterea, cu această terapeutică, a trypanosomiazelor animalelor domestice, în regiuni în cari aceste boale sunt enzootice sau epizootice; animalele vindecate s'ar infectà din nou. Numai în Durină s'ar puteà luà măsuri eficace în contra reinfecţiilor.

In trypanosomiazele umane şi mai ales pentru Europeni, cari pot părăsi regiunile de endemie, încercările terapeutice îşi conservă toată importanţa.

Lucas-Championière. Traitement des fractures par le mouvement. Autorul, cu ajutorul studielor sale clinice, a demonstrat că principiul secular al tratamentului fracturilor care zice că: oasele se repară cu atât mai bine cu cât capetele lor sunt mai bine imobilizate, este cu totul greşit. Metoda sa bazată pe o experienţă de 25 ani şi consacrată de studiile istologice ale lui Cornil, pleacă dela principiul că, cu toată rigiditatea sa osul are nevoe de mişcare pentru a atinge vitalitatea necesară reparaţiei sale.

Mişcarea terapeutică trebue să fie o mişcare metodică şi dozată. Autorul aplică fracturilor astfel mobilizate, un massaj special, uşor şi progresiv Acest massaj nu trebue să fie nici odată dureros; din contră, este anesteziant Combinat cu mobilizarea sistematică produce următoarele efecte:

Durerea dispare în fracturile cele mai dureroase (f. articulare).

Contracturile dispar. Multe deformaţii, contra cărora aparatele cele ma complicate rămâneau fără succes, se reduc spontan (f. claviculei, olecranului etc.)

Rezorbţiunea lichidelor se face cu o repeziciune uşoară de constatat după mersul echimozelor. Mobilizaţia apără articulaţiile de ankiloze. Muşchii nu se atrofiază. Repeziciunea cu care se formează calusul este astfel încât în multe cazuri timpul de reparaţie a fracturei este redus la jumătatea celui de altădată.

Pentru a da aceste rezultate, metoda autorului trebue aplicată în mod absolut şi cât mai curând după traumatizare. Ea nu este indicată în cazuri excepţionale, ci tocmai în majoritatea cazurilor, adică acolo unde mişcarea nu riscă de a produce o deformaţie mare definitivă.

Charrin şi Le Play. Les poisons intestinaux (actions, variations, répartition, nature; modes de défense). O technică specială a permis autorilor să observe o serie de fenomene interesante datorite otrăvurilor intestinale. Injectându-le în doze variabile, cu diferite viteze şi diferite porţi de intrare, au realizat tipuri analoge cu cele clinice de intoxicaţii supraacute, subacute şi cronice. Astfel au observat: anemii, convulzii, delir, afecţiuni cutanate, congestii pulmonare, flux intestinal, deformaţii osoase, etc. sau cel puţin leziuni susceptibile de a fi alăturate de aceste fenomene clinice. Mai toate organele sufer o serie de modificaţii atât anatomice cât şi funcţionale.

Otrăvurile tubului digestiv variază după starea fiziologică sau patologică, dar mai cu seamă după zonele conductului alimentar. Cu cât ne depărtăm de stomac cu atât doza substanţelor toxice din conţinutul tubului digestiv este mai mare. Maximul este în regiunea cecală. In colonul ascendent se petrece dezidratarea materiilor (25—40%) fără de care diarea ar fi permanentă, materiile până acolo fiind lichide. Dar de acolo înainte începe putrefacţia.

Flora microbiană a tubului digestiv urmează aceeaşi gradaţiune ascendentă, duodenul şi chiar începutul ileonului prezintând uneori o mucoasă cu totul sterilă iar colonul o floră bogată la culme.

Din fericire organizaţia intestinului este astfel întocmită încât şi mijloacele de apărare ale organizmului în contra otrăvurilor intestinale, au o dispoziţie paralelă şi proporţional corespunzătoare cu distribuţia principiilor nocive.

ŞEDINŢA DE LA 17 IULIE 1904.

Lépine et **Boulud.** **Sur le répartition des matières sucrées entre le plasma et les globules du sang.** Atunci când Ludwig spuneà că mai tot zaharul din sânge se află în ser, nu se ştià că în timpul centrifugaţiei, o însemnată cantitate de zahăr poate fi distrusă prin glycoliză în globule, pe când în ser nu se distruge de loc (Lépine şi Barral). Autorii, căutând a evità glycoliza pe cât au putut, au observat că în starea normală, dozarea materiilor zaharoase din sânge este departe de a dà cantitatea acestor materii din plasma. De altă parte se poate, afirmà că bogăţia globulelor în zahăr nu este de loc negligiabilă, căci 1000 gr. pot conţine cel puţin o treime din cantitatea conţinută în 1000 gr. de plasmă.

In unele condiţii, anume când proporţia zaharului creşte brusc în sânge, globulele înmagazinează mult şi conţin aproape cât şi plasma. In cazuri excepţionale, anume în alcoolismul acut, autorii au găsit mai mult zahar în globule decât în plasma.

Gabriel Bertand. **Sur les cafés sans caféine.** In general, diferitele speţe de cafea conţin aproximativ 10—15 gr. de cafeină la kilogram de boabe. Autorul a găsit la analiza a patru speţe noui, o absenţă totală de cafeină. Aceasta nu este accidentală, nu se datoreşte nici influenţei solului, nici climei, ci este un caracter fiziologic normal, care, unit cu sărăcia în azot şi prezenţa unei însemnate cantităţi de principiu amar, analog sau identic cu cel numit de autor *cafamarina,* stabileşte o legătură strânsă între aceste speţe. Din punctul de vedere botanic, ele se deosibesc însă bine una de alta.

Trillat. **Propriétés antiseptiques des fumées: essais de désinfection avec les vapeurs degagées du sucre par la chaleur.** Productele gazoase ale combustiei zaharului conţin: aldeidă formică, alcool metilic, acid acetic, acetonă, derivaţi fenolici şi essenţă de migdale amare. Autorul a încercat să să le utilizeze la dezinfectarea a diferite obiecte (lemnărie, hârtie, stofe, etc.) contaminate, expunând acestea şease ore la fumul zaharului. Rezultatul a fost hotăritor. Acest procedeu ar puteà servì, prin urmare, în localităţi unde nu sunt altele la îndemână. Aldeida formică din fumul zaharului produce şi o dezodorizaţie avantagioasă. De altfel, procedeul, fără a fi fost analizat cliniceşte, este cunoscut încă de pe vremea lui Hippocrate.

G. Z. P.

SOCIETATEA DE BIOLOGIE.

NO. 22.

Meunier. **Hypercloridrie rapide.** Autorul prin experiența-i personală, spune că atunci când în urma unui „repas d'épreuve" al lui Ewald se scoate după un ceas sucul gastric şi se constată o mică cantitate de HCl. liber şi *puțin* amidon digerat, bolnavul nu trebue clasat între hipocloridrici ci între hyper, maximul secrețiunii HCl. făcându-se $^1/_2$ oră după ingestiune.

Garrigue **Action des formiates.** Ridică tensiunea arterială, eliminarea mai mărită (urcă dela 20 gr. la 42 gr.) congestiuni se produc împrejurul regiunilor contaminate. Autorul e partizan însă de dose slabe, miligr. nu grame cum se dă.

Ion G. Lache. **Sur la Structure dela neuro-fibrille et sur les Neurosomes de Hans Held.** Autorul descrie (prin metoda lui Cajal) constituția neurofibrilelor cari se compun din 2 părți: o substanță fundamentală, în interiorul căreia a putut observà fine granulațiuni de mărimi deosebite, unele chiar de o mărime insolită. Aceste granulațiuni autorul le identifică cu neurosomii lui Hans Held (1897), care prin o metodă de colorație inferioară ajunsese la aceelaş rezultat dar nu putuse precizà în mod cert raporturile cu fibrilele.

Pinoy. **Rôle des Bactéries dans le développement du Plasmodiaphora Brassicae.** P. B. este un hyxomicet, care produce o tumoare specială pe varza şi care a fost mult studiată din cauză că se credeà la o relațiune între acest parazit şi cancerul omului. Din experiențele autorului reese că parazitul pătrunzând la rădăcina verzei, introduce bacterii în mod sistematic. Aceste bacterii (aerobi) permit desvoltarea parazitului atât pe napi cât şi pe medii speciale (viața extra celulară). Un caz de satelitism interesant.

Vassal. **Sur un nouveau Trypanosome aviair.** Autorul a găsit la un fazan: Polyplectum Germani un Trypanosom, pe care-l numià T. polyplectri. E primul trypanosom la galinacee.

Montel. **Trypanosome d'un poisson de Cochinchine.** După cum titlul indică, T, l'a găsit la Silurus Clarias; primul parazit găsit în familia Silurizilor, cari se găsesc în mare cantitate în apele țărilor calde.

Nicolas & Bancel. **Leucocytose au cours de la vaccination antirabique chez l'homme et les animaux.** Autorii constată că în timpul vaccinărilor antirabice se constată o hyperleucocytoză, care atinge maximum la finele tratamentului. Acelaş rezultat se obține însă şi prin injecțiuni de măduve sănătoase.

Nobécort-Levaditi-Darré. **Syphilis congénitale et Spirochetae Pallida.** Observațiunea unui heredo-sifilitic, la care s'au găsit spirocheții lui Schaudin în leziunile pemfigoide dar nu s'au găsit în organe examinate 2 ore după moarte.

A. Frouin. **La secrétion et l'activité kinasique du suc intestinal ne sont pas modifiiés par le régime.** Se ştie că sucul pancreatic este inactif asupra albuminoidelor, dacă nu i se adaugă kinaza. Autorul adăogând diferite sucuri intestinale dela animale cu diferite regimuri, a constatat că toate au aceeaşi activitate kinazică.

Bergonié et Tribondeau. Lésions du testicule obtenues avec des doses croissantes de rayons. Comment se produisent elles. Din comunicările precedente ştim că autorii întrebuinţând razele X determină aspermatogeneza. Testiculii mai activi sunt cei cari rezistă mai mult. Aspermatogeneza e obţinută probabil prin acţiunea directă asupra celulelor seminipare de oarece celulele interstiţiale şi ale lui Sertoli sunt respectate.

NO. 23.

Jousset & Paraskevopoulos. Etudes comparatives des diverses méthodes de sero-diagnostic de la tuberculose. Autorii studiază sero-diagnosticul în tuberculoză prin metoda lui Arloing şi a lui Wright (cultura de Koch în voal-sterilizat la 100°, spălat, sfărâmat cu silice. Microbii sfărâmaţi sunt luaţi cu apă conţinând 1 la mie NaCl şi 10 phenol se centrifugează, partea superioară e singură utilizată). Autorii studiind comparativ ambele metode, afirmă superioritatea celei a lui Wright. Aglutinarea se face $^{1}/_{20}$ dar şi în această diluţie unii *tifici* aglutinează.

In fine în cazuri de tuberculoză averată reacţiunea a fost negativă $30^{0}/_{0}$.

Simon & Spillman. Eosinophilie chez l'homme à la suite de la Splenectomie. Autorii au arătat experimental eosinofilia în cursul extirpărei splinei. Au constatat aceeaşi eosinofilie (slabă) $8^{0}/_{0}$ la un om căruia i se extirpase splina în urma unui accident.

Perrin. Variations du volume de la rate chez une cirrhotique présentant des hématuries. Procédé d'appreciation. Autorul confirmă modul de a vedeà a lui Gilbert şi Lereboullet că în afecţiunile hepatice, splina e la început congestionată pasiv apoi prezintă leziuni de ipertrofie scleroasă secundară. Intrebuinţând fonendoscopul ca mijloc de apreciare, autorul constată această congestie pasivă prin faptul că în urma unei hematurii, volumul splinei a scăzut în mod considerabil.

Sencert. Réanimation definitive par le massage sous-diaphragmatique du coeur dans un cas de mort apparente par le chloroforme. Autorul relatează un al II-lea caz urmat de succes (I e a lui Starling), de masaj al cordului pe cale sub-diafragmatică (preferabilă metodei lui Tuffier trans-thoracică) la un bolnav căreia i se făceà o laparatomie pentru o tumoară a choledocului.

Richon & Jeandelize. Action de la thyroidectomie et de cette opération combinée avec la castration sur les os longs des membres. Comparaison avec les effets de la castration. Autorii confirmă părerile lui Parhon şi Goldstein, constatând că la animalele thyroidectomizate, membrele posterioare sunt izbite de încetare de dezvoltare. Animalele castrate şi thyroidectomizate suferă aceleaşi efecte (se ştie că la animalele castrate se întâmplă faptul invers, lungirea membrelor).

Richon & Jeandelize. Remarques sur la tête osseuse des lapins adultes castrés dans le jeune âge sur les lapins thyroidectomisés et comparaison. Castraţia determină — o alungire a capului —

in special a oaselor feței, pe când craniul din contră diminuează în dimensiile transversale.

Thyroidectomizarea determină: nanismul capului în general. Insuficiența dezvoltării craniului e mai puțin acuzată decât a totalității capului, pe când din contră diminuarea feței e mai accentuată. Prin urmare efecte opuse.

Gauthier. Chytriomycose spontané. Intr'o epidemie ivită printre guzganii albi — cu leziuni pulmonare — Autorul filtrând produse pathologice prin bujii fără presiune, a constatat că agentul infecțios filtrează — și că determină pe diferite genuri de Brassica — o tumoră analogă cu acea determinată de Plasmodiophoră B. Woronine.

Reinoculații la șoarecii albi a produs leziunile caracteristice ale mycozei.

A. S.

SOCIETATEA MEDICALĂ A SPITALELOR DIN PARIS

ŞEDINŢA DELA 16 IUNIE 1905.

Doptèr. Le régime déchloruré dans la scarlatine. Autorul arată rezultatele regimului declorurat, instituit în timpul apirexiei, în cursul unei epidemii, când cazurile de nefrită și albuminurie secundară erau relativ frecuente. Regimul declorurat preventiv pare a fi împedicat aceste complicațiuni. Era vorba de o coincidență sau era efectul tratamentului? Experiența va sancționà aceste rezultate.

Dacă lucrurile ar fi exacte, atunci carnea nu ar lucrà prin ea însăși, ci prin sarea îngerată în acelaș timp. Regimul lactat exclusiv ar recunoaște, în aceste cazuri fericite, rezultatele cari i se atribue; regimul declorurat ar fi preferabil; el ar mărì rezistența organismului și i-ar permite de a luptà mai eficace în contra infecțiunilor secundare.

Dufour crede, că nu se poate da o regulă dietetică absolută în scarlatină. In scarlatina normală se poate da o alimentațiune de carne, chiar ușor clorurată; în scarlatinele grave în care ne temem de o complicațiune renală sau în care această complicațiune renală există dejà, trebue natural să instituim regimul propriu acestei complicațiuni. Deci, după cum se prezintă cazurile, după modul cum reacționează bolnavul, putem recurge fie la regimul lactat, fie la regimul declorurat.

Widal constată că, statisticele lui Dopter și Dufour, probează rezultatele fericite, obținute prin regimul declorurat în cursul nefritelor sau în convalescența scarlatinei. Widal susține că laptele este de sigur un aliment ușor de mânuit, dar nu este singurul. Se poate întâmpla ca acest aliment să nu placă bolnavului sau să nu fie tolerat; poate chiar să fie mai puțin eficace decât alimentația numită aclorurată cu carne, care se poate compune cu mai puțină apă, mai puțină sare și mai puțină albumină, asigurând totuși caloriile rațiunii de întreținere care nu poate fi procurată decât de $3^1/_2$ litri lapte.

Léon Bernard, Lortat și **Salomon.** Syphilis osseuse multiple nécrosante avec amyotrophie et cachexie. A. raportează observațiunea unui bolnav intrat la clinica Spitalului Laënnec pentru impotența membrelor, provocată de fracturi multiple, artropatii dureroase şi atrofie musculară care s'a desvoltat aproape în cursul unui an. Faţa slăbită, simetrică, cu deformaţiuni osoase şi fistule supurate. îi da aspectul unui leonin. Trunchiul imobil şi emaciat, membrele deformate prin tumefacţia articulaţiilor şi prin fracturile oaselor, erau foarte subţiri sub masa musculară extrem de redusă, acoperită de o piele uscată; astenie profundă, dureri provocate prin cea mai mică mişcare ce făceà bolnavul.

La autopsie se găsì gome osoase explicând fracturile şi leziunile articulare şi leziuni scleroase sau sclero-gomoase ale ficatului, splinei şi rinichiului. Sistemul nervos erà indemn.

Autorii, cari nu au găsit observaţiuni analoge, au remarcat că, caracterul particular residă în multiplicitatea leziunilor cari an adus imobilitatea bolnavului, amiotrofia şi caşexia, sifilisul osos dobândit este de obicei limitat la un mic număr de localizaţiuni. Din contră, sifilisul ereditar provoacă de obicei focare multiple sau generalizate. Autorii pun în evidenţă caracterele cari permite poate de a alipì cazul lor la sifilisul ereditar tardiv şi al apropià de maladia lui Paget.

Marchoux. Sur l'étiologie et le traitement de l'eczema. Autorul a urmărit la Rio de Janeiro un anume număr de bolnavi ipopeptici şi eczematoşi. Aceşti bolnavi s'au vindecat cu tratamentul cloridric. Ipocloridria frecuentă în ţările calde, favorizează desvoltarea microbilor în stomac; aceştia din urmă joacă un rol important în desvoltarea eczemei.

Legendre constată că se întâlneşte foarte adesea ori, eczema şi la iperpeptici. Eczema se întâlneşte la persoane cari digeră rău, fie ei ipo sau iperpeptici. Terapeutica trebue să varieze după cazuri.

Vincent a obţinut bune rezultate la eczematoşi ipercloridrici prin regimul ipoclorurat.

Barth şi **Mauban.** Un cas de méningite cérébro-spinale traité par les injections intra-rachidienne de collargol. Autorii comunică observaţia unui bolnav atins de meningită cerebro-spinală cu meningococul lui Weichselbaum şi la care s'a practicat de 3 ori câte o injecţiune de 1 cm. c. din o soluţie de colargol $^1/_{100}$. Fie-care dată injecţiunea producea o amelioraţie clinică foarte netă, însoţită de o diminuare a numărului polinuclearelor şi a microbilor din lichidul cefalo-rachidian. Bolnavul se vindecă, deşi boala păreà a fi foarte gravă, încă dela începutul ei.

P. GAL.

ŞEDINŢA DELA 23 IUNIE 1905.

Queyrat şi **Joltrain.** Spirochaete de Schaudinn dans les chancres syphilitiques. Autorii au căutat spirochetul lui Schaudinn la nivelul unui anume număr de şancăre sifilitice. L'au găsit foarte dese-ori, pe când nu l au găsit nici odată la nivelul şancărilor moi sau veziculelor de herpes Aceste cercetări au deci o valoare diagnostică reală.

Vaquez şi **Digne.** De l'asystolie survenant au repos. Rôle de la rétention chlorurée dans la pathogénie de l'insuffisance cardiaque. In patogenia cardiacă nu există chestiune mai interesantă ca aceea care constă în a determină condiţiunile patogenice cari pun capăt perioadei de adaptaţie şi fac ca bolnavul să intre în aceea a turburărilor organice. La această chestiune se alipeşte pe de o parte şi aceea a prognosticului afecţiunilor cardiace, pe de altă parte aceea a igienei şi a terapeuticei preventive pe care trebue să o opunem evoluţiei lor. S'a crezut că se poate stabilì ceea ce se poate numì „bilanţul rezistenţei cardiace“, evoluând modul de reacţie al inimei faţă de mişcările provocate. Vaquez şi Digne trec în revistă diferite metode propuse pentru a determinà starea funcţională a inimei. Aceste metoade ajung la această concluziune, că bolnavii atinşi de cardiopatie, în stare aparentă încă de adaptaţie, rezistă mult mai puţin bine decât orice persoană sănătoasă cu surmenajul muscular redus chiar la expresia sa cea mai infimă. Pare deci imposibil de a trage, din aceste diferite metode, învăţăminte relativ precise, la prognosticul afecţiunilor cardiace.

In orice caz consideraţiunile pe care se sprijineà, dacă au oarecare valoare când este vorba să explicăm accidentele de insuficienţă cardiacă datorită surmenajului şi oboselei. sunt de valoare nulă pentru a explicà întoarcerea crizelor asistolice la indivizii menţinuţi în pat într'o stare de repaus moral şi fizic complect. Era deci raţional de a căuta interpretarea acestor fenomene în alimentaţie şi mai ales erà necesar de a determinà natura îndepărtării dela regimul care provocase criza asistolică. Vaquez şi Digne relatează observaţiunile mai multor bolnavi, menţinuţi în repaus complect în pat, la care putem face să dispară accidentele asistolice prin cura declorurată şi la care putem face să reapară aceste accidente prin cloruraţie.

Nu tot astfel se petrece lucrurile în toate cazurile şi se pot observà bolnavi, cum a arătat Widal, Froin şi Digne, aproape incapabili de a eliminà clorurul de sodiu în perioada asistolică, prezintă în decursul acesteia sau în vindecarea definitivă o permeabilitate aproape normală. La astfel de bolnavi, proba clorurată cu repaus, ar fi incapabilă de a reproduce accidentele de asistolie, dar oboseala şi surmenajul pot atunci provocà o insuficienţă cardiacă definitivă sau tranşitorie.

Aceste observaţiuni arată cât de defectuoasă este metoda cercetărilor, cari consistă în a stabilì bilanţul rezistenţei cardiace prin simplul metod de reacţiune al inimei şi al circulaţiei faţă de mişcările spontanee sau provocate.

Trebuie să ţinem socoteală de retenţiunea clorurată, care poate determinà accidentele asistolice cele mai grave în timpul repausului absolut al bolnavului

Widal crede că retenţiunea clorurilor care joacă la cardiaci un rol aşà de considerabil în geneza edemelor şi asistoliei, după cum demonstră acum Vaquez şi Digne, este un fenomen secundar de ordin mecanic, pasiv, desvoltat sub influenţa insuficienţei cardiovasculare.

Autorul a arătat împreună cu Froin şi Digne că toţi cardiaci nu prezintă aceeaşi sensibilitate la clorurul de sodiu ingerat.

Aşà, la anume cardiaci, la care asistolia de abià trecuse sau având încă edeme, Widal, Froin şi Digne, a putut observà, deşi li s'a dat o cloruraţie alimentară intensivă, edemele şi greutatea diminuà progresiv.

Dacà la anume persoane un regim clorurat este în imposibilitate să idrateze organismul, aceasta e din cauză că în momentul când este instituit, inima şi vasele au recăpătat tonicitatea lor, sarea nu poate fi dusă în ţesuturi printr'un curent osmotic deviat. O astfel de indiferenţă la clorurație este una din probele cele mai bune de reîntoarcere la buna funcţionare a cordului.

Aceiaşi autori au raportat de altă parte, fapte arătând la cardaci acţiune idratantă a clorurului de sodiu ingerat chiar când edemele dispăruse complect.

Când astfel de bolnavi sustraşi acţiunei mecanice prin faptul şederii în pat ca în observaţiunile lui Vaquez şi Digne, ne face să credem că dacă acţiunea patogenă a sărei a putut să se exercite aşà de repede, este din cauză că sistemul cardio vascular nu-şi regăsise toată energia normală. Ingestiunea clorurilor poate de asemenea pune în evidenţă debilitatea persistentă a sistemului cardio-vascular într'un moment când mijloacele noastre obicinuite de investigaţie sunt în neputinţă de a o demascà şi devine un bun mijloc de prognostic la bolnavii în eminenţă de asistolie.

Aceste fapte arată, după cum a susţinut Widal, că un cardiac, chiar în stare de echilibru clorurat, nu trebue nici odată să se folosească de o alimentaţie prea sărată, căci nu ştim nici odată la ce moment întrebuinţarea sărei poate să-i fie dăunătoare.

Letulle şi **Halbron.** **Leucémie myélogène avec myélomes multiples de l'intestin grêle.** Se prezintă piesele provenite dela autopsia unei tinere femei de 25 de ani, intrată muribundă în Spital, cu ascită i se face puncţiune de urgenţă. După puncţiune s'a găsit, că abdomenul erà plin de masse dure, reamintind peritonita tuberculoasă. Prezentase, turburări digestive, vărsături şi dureri intestinale. Examenul sângelui făcù să se pună diagnosticul de leucemie myelogenă: există aproape 500.000 de globule albe pentru 2.500.000 globule roşii, cu 42 mielocite la 100 de leucocite

La autopsie se găsì ascită emoragică Splina cântărea 1.600 grame. Ficatul, rinichii, plămânii şi splina, nu prezintau tumori. Din contra, intestinul subţire erà în toată întinderea lui acoperit de masse sesile netede, desvoltate manifest în dauna stratului subseros. Tumorile erau de dimensiuni variabile, dela volumul unui bob de mazăre până la acela al unei mandarine. Pe alocurea aceste masse sunt destul de confluente, aşà în cât formează la suprafaţa ansei intestinale un fel de căptuşală boselată.

La microscop transformaţiunea mieloidă a subseroasei este generalizată şi tumorile sunt constituite dintr'o iperplazie a ţesutului conjunctivo-vascular, ale cărui ochiuri sunt pline cu elemente nucleate. Mielocitele eozinofile şi neutrofile predomină şi sunt însoţite de numeroase celule gigante cu nucleul mugurit enorm, identice cu acelea ale măduvei osoase.

In rezumat, acest fapt este însemnat din cauza predominenţei accidentelor intestinale constatate în timpul vieţei, cari se datoresc prezenţei excepţionale a mielomelor multiple a intestinului subţire.

P. GAL.

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS.

SEDINŢA DIN 8 IULIE 1905.

Léopold Lévi et **Taguet.** **Cécité verbale pure avec Hémianopsie homonimă latérale droite. Persistance de la sensation de lumière brute dans le champ droit.** Bolnavul nu prezentà nici afazia motrice, nici *agrafie*, nici scerolitate verbală. Cecitatea erà *literală, silabică, verbală*. Din când în când recunoaşte pe a, pe r, pe A. X. Z dar nici o altă literă. Silabiseşte numai silaba nu recunoaşte numele său uneori. Nu găseşte cuvintele scrise chiar când sunt pronunţate cu glas tare înaintea lui. Recunoaşte cifrele izolate sau în părechi de 2 sau 3, dar nu e în stare să facă o adunare. Recunoaşte desemnurile şi obiectele în natură, scrierea spontanee şi sub dicte se execută bine fiind mai sigură cu ochii închişi; scrierea după copie e inexactă, confuză, ilizibilă. Copia după desemnuri e foarte imperfectă. Desemnarea spontanee se face bine şi mai bine încă cu ochii inchişi. Hemianopsie homonimă dreaptă cu conservarea vederei centrale. Bolnavul se ameliorează. Hemianopsia diminuă şi în acelaş timp revine posibilitatea de a scrie după copie. Dacă e silit să copieze cuvinte scrise cu majuscule, se ajută cu imaginele grafice schiţând cu creionul literele pe cari vreà să le transcrie şi transpune majusculele în minuscule. Ameliorarea s'ar datorì rezorbţiunii unui edem histologic al creierului din vecinătatea focarului.

Dufour observă că adeseori în cursul nefritei turburările datorite leziunilor în focar se ameliorează cu nefrita şi revin cu agravarea acesteia.

Brissaud contestă existenţa unui *edem histologic al creierului*. Accidentele atribuite edemului cerebral ar puteà fi datorite unui angiospasm produs prin intoxicaţiune. Reeducaţia ameliorează pe agapici ca şi pe hemiplegi.

T. Leerhardt et **M. Nosero.** **Tabes supérieur chez un enfant de 15 ans.** Sifilisul e nesigur în antecendente. Copilul n'are stigmate de heredosifilis. Ataxie. Turburări de sensibilitate cu tipul radicular. Pierderea simţului stereognostic. Alteraţiuni profunde a simţului atitudinelor la extremităţile membrelor. Reflexele rotuliene şi achiliene abolite. Faţa normală. N'are oftalmoplegii. Semnul lui Argyl. Robertson lipseşte, câteva limfocite în lichidul cefalorachidian.

Pierre Marie se îndoieşte dacă acest caz se poate etichetà tabes infantil, de oare ce în totalitatea lui nu are aspectul aceluia al adulţilor, crede că e mai bine a-l lăsà fără etichetă.

Déjerine crede din contră că diagnosticul de tabes e acela care convine mai bine.

Déjerine, Leonhard et **Nosero.** **Un caz de nevrite radiculaire cervico-dorsale, ayant présenté comme symptome prémonitoire des douleurs vives pendant l'éternument. Valeur sémiologique de ce symptome.** Bolnava prezentă turburări uşoare de motilitate şi anestezie cu topografie radiculară în domeniul rădăcinelor cervicale. Inainte de instalarea anesteziei bolnava prezentà dureri violente având impresiunea că i se smulge cevà din gât şi membrele superioare ori de câte ori strănută. Simptomul acesta a dispărut odată cu opoziţia anesteziei, dar a reapărut de partea opusă care nu prezintă încă turburări obiective de motilitate şi sensibilitate. Simptomul acesta când e *constant foarte* şi *acuzat* indică pentru autorii comunicării un proces iritativ în regiunea rădăcinelor cervicale posterioare. Durerea e provocată de lichidul cefalo-rachidian ce loveşte rădăcinele în timpul strănutaţiunei.

Sicard a observat exacerbaţiunea durerii în nevralgiile de natură radiculară, în timpul tusei. Admite acelaş mecanism, Simptomul are valoare în stabilirea diagnosticului nevralgiilor radiculare de cele periferice.

G. Roussy. Les injections sous cutanées de „Scopolamine“ dans la Maladie de Parkinson. Autorul a tratat după îndemnul lui Pierre Marie mai mulţi parkinsonieni cu scopolamină în doza de $^1/_2$—2 miligr. pe zi. După 1—2 ore tremurătura se atenuează foarte mult putând să dispară complect la unii bolnavi. Aceiaşi diminuare foarte însemnată a rigidităţii musculare, a fenomenelor de retro şi anteropulsiune; a sensaţiunii de căldură. Ameliorarea nu trece peste 12—24 ore după doza injectată. La bătrâni nu trebue să se treacă peste doza de 0.5—1 miligr. pe zi. La adult se va puteà merge până la 2 miligr., începând însă cu $^1/_2$ miligr. Ameliorarea dispare cu încetarea tratamentului.

Alquier. Sur le traitement médicamenteux de la Maladie de Parkinson. Pe un număr de 40 parkinsonieni a încercat toate medicamentele pretinse active. Unele n'au dat nici un rezultat. Scopolamina şi Hioscina i-au dat efecte comparabile cu cele obţinute de autorul precedent. Dar Alquier observă că 1) ameliorarea se atomeză repede, după câteva săptămâni cu toată creşterea progresivă a dozei injectate. 2) Unii bolnavi, mai ales cei cu turburări vasomotorii intime după câteva injecţiuni fenomene de intoleranţă aşa ca tratamentul trebue întrerupt. Aceste două medicamente nu par deci să aibe decât, acţiune paliativă momentală ca şi gelsemium singur sau asociat cu doze mici de aconitină, şi de beladona sau salicina (în doze de 6—10 grame pe zi).

Raymond et Beaudosin. Sclérose en plaques chez une jeune fille de 13 ans. La o copilă de 13 ani se observă o paraplegie spasmodică, cu mers cerebelos, ataxică şi tremurătură intenţionată la membrele superioare, semnul lui Romberg, nistagmus, uşoară decolorare a papilei stângi. Autorii admit cu rezervă diagnosticul de scleroză în plăci care de altfel e aşà de rară la copii în cât unii autori ca Pierre Marie, îi exclud însăşi existenţa. Simptomele ce prezintă membrele superioare ca şi nistagmusul îi fac să excludă paralizia spamodică familiară a lui Strümpell, deşi recunosc că ar puteà să fie o altă formă de maladie familiară şi ereditară acestea realizând uneori tabloul clinic aproape complect al sclerozei în plăci. In cazul acesta există ereditate nervoasă încărcată din partea mamei, tatăl tuberculos. Turburările au început pe la vârsta de 10 ani dezvoltându-se încet.

Moutier. Tremblement à forme parkinsonienne Hemichorée avec Ophtalmoplégie. Lésion pédonculo-protubérantielle. Hemitremurătura are absolut caracterele aceleia din maladia lui Parkinson, încetând în momentul mişcărilor voluntare şi când se comprimă massele musculare. Bolnava prezintă oarecari mişcări coreice de aceeaşi parte. In afară de aceste simptome există o oftalmoplegie intrinsecă şi extrinsecă, totală incomplectă. Turburările de motilitate ale membrelor şi o paralizie parţială sunt limitate la partea stângă. Trebue deci admisă o leziune superioară încrucişărei facialului şi mergând până la aqueductul lui Sylvius, unde interesează nuclei motorului ocular comun de ambele părţi. Cazul împreună cu altele tinde să probeze localizarea pedunculo-protuberanţială a sindromului parkinsonian.

N. Achucarro. Syringomyélie traumatique avec Hydrocéphalie. Accidentele au apărut în mod evident imediat în urma unui traumatism. După un oarecare timp de stare staţionară ele au mers progresând. Simptomatologia cazului erà destul de complectă. Histologiceşte se vede cavitatea tapisată de un singur strat de celule ependimore şi înconjurată de un strat de glioză. Bolnavul prezintă o hidrocefalie manifestă. Ventriculii au o suprafaţă brăzdată şi cu numeroase granulaţiuni. Acestea sunt formate pe seama nevrogliei sub ependimare. La nivelul lor epiteliul ependimar lipseşte, traumatismul pare a fi produs în acest caz nu numai siringomielia ci şi hidrocefalia.

G. Roussy. Un caz d'hémorragie meningée sous dure-mérienne sans modifitications chromatique du liquide céphalorachiden. Hemoragia a fost constatată prin examenul necropsic. Capul probează că absenţa modificărilor cromatice a lichidului cefalo-rachidian nu e suficienta pentru infirmarea diagnosticului de hemoragie meningee.

Max Egger. Un caz de syringomiélie unilatérale avec le syndrome de Brown Séquard. Hémianesthésie croisée de la face et du corps. Etude sur le parcours des vaso-moteurs dans la moelle. Titlul comunicării indică în mare parte simptomatologia capului. Pentru explicarea hemianesteziei încrucişate a capului şi a corpului, autorul aminteşte că la câine pentru a produce o astfel de simptomatologie ar fi necesară două noui secţiuni una în regiunea inferioară a măduvei alungite producând sindromului Brown Séquard. Alta la nivelul centrului respiratoriu producând paralizia respiraţiei, care există şi în corpul acesta şi hemianestezia capului, de partea operaţinei.

Analogia e perfectă între acest caz şi datele experimentale. Autorul se foloseşte de dispoziţia unilaterală a gliosei spinale pentru a verificà unele date de fiziologie experimentalà dejà vechi şi aproape uitate. Schiff susţinuse în 1862 că secţionând jumătatea dreaptă a bulbului se obţine un exces de calorificaţie de partea secţiunii în cap, mână, picior, partea inferioară a antebraţului şi a gambei; de partea opusă demi-secţiunei în trunchiu, braţ, coapsă, în regiunea cotului a genuchiului, în partea superioară a antebraţului şi a gambei. In cazul observat de Egger se notau oscilaţiunii termice alterne cari aminteau faptele descrise Schiff Hiper sau hipotermiei mânei şi piciorului drept îi corespundeà Hiper şi hipotermia rădăcinei membrelor şi a trunchiului de partea stângă, iar hipotermiei mânei şi piciorului stâng îi corespundeâ hipotermia jumătăţei drepte a corpului. Incrucişarea a acestor două grupuri de vasomotori a fost constatată pentru regiunile indicate. Cât pentru regiunile situate între picior şi rădăcina coapsei mână şi rădăcina braţului n'a putut să găsească aceleaşi relaţiuni. Autorul observă în fine că grupul vasomotorilor direcţi are rolul principal în febră. Dacă ipertermia nu atinge mâinile, picioarele şi faţa bolnavului n'are nici o sensaţie de febră chiar dacă corp'ul său e fierbinte şi în timpul fiorului scăderea temperaturii nu atinge decât faţa, mâinile şi picioarele.

C. Parhon.

REVISTE ŞI PUBLICAŢIUNI STREINE

ANATOMIE ŞI ISTOLOGIE NORMALĂ.

R. Odier. Régéneration des terminaisons motrices des nerfs coupés. Autorul indică (prea pe scurt), trei moduri de regenerare a terminărilor motrice, a cărui nerv a fost secţionat şi extremitatea centrală smulsă: 1) degenerare parţială şi regenerare pe loc; 2) adevărată *formaţiune* de plăci motrice cu concursul ţesutului muşchiular; 3) Regenerare pe cale de *înmugurire,* în care se vede pe partea laterală a unui nerf, un mugure, în formă de fer de lance. Mugurele are 5—6 nuclei. Fie-care nucleu dă un cilindru, care împreună formează o placă motrice. Acest mod de formaţiune se vede mai cu seamă în muşchii vecini secţiunii. Pe când în muşchii depărtaţi se văd cele-l'alte două moduri de formaţiune. A. S.

DERMATOLOGIE ŞI BOLI VENERIENE

Léon d'Astros. Les infections cutanées chez le nourrisson (Infecţiunile cutanate la sugaci). *(Arch. de Med. des Enf.* Febr. şi Martie 1905). Această lucrare nu conţine nimic nou dar e o punere de punct excelentă clară şi complectă a chestiunii infecţiunilor cutanate. — Nu se poate rezumà.

Lucrarea e însoţită de un index bibliografic.

Doctor Grigore Iacobson.

Aguinet de **St. Cloud** et **L. Ribadeau-Dumas.** Leucémie et lésions cutanées. *(Arch. génér. de méd.,* 1 August 1905). Cazul unui tânăr de 22 ani cu debut de nefrită, hematurii persistente, după câtva timp ulceraţii buco-faringiene şi în acelaşi timp o uşoară tumefacţie a ganglionilor şi a splinei; acestor simptome le urmează, după câteva zile, o erupţie cu caracter particular: papule mult evidente pe mâini şi faţă, abià perceptibile pe restul corpului, de un roş închis, dispar la presiune, extrem de pruriginoase. Erupţia se generalizează, ganglionii devin mari şi voluminoşi. Bolnavul sucombă după două luni dela începutul boalei. Examenul sângelui confirmă diagnosticul de leucemie acută impus de semnele clinice. Leziunile cutanate în leucemie nu sunt rare. Pincus face 3 grupuri: 1) neoplazii leucemice; 2) limphodermie pernicioasă; 3) Urticarie, prurigo. Audry numeşte pe cele de grupul al 3-lea cu numele de leucemide. Levedde şi Weill au arătat tot între manifestările cutanate ale leucemiei 2 cazuri de mycosia fongoïd.

M. P. CIUCĂ.

Bosellius (Bologna). **Ein Fall von Malleus acutus.** (Un caz de morvă acută). (*Archiv. für Dermat. u. Syph.* B. 74, H. 1). Autorul a observat un caz da morvă la o femeie de 53 ani, avâd aface cu resturi animale. Inceputul a fost un ulcer pe dosul mânei drepte, care cu tot tratamentul, ajunse în câteva zile, la o perdere de substanţă ulcero-gangrenoasă cât o monedă de 5 franci, înconjurată de un cerc lat, roşu, edematos şi dureros. Curând după aceea apărù febră cu slăbiciune, precum şi coriza şi un edem întins pe toată faţa, pe care se formau pustule de mărimi diferite, cu cerc inflamatoriu şi conţinut galben-verzui. Totdeodată se scurgeà în abundenţă, pe gură şi pe nas, o secreţie mucoasă consistentă, cu miros gangrenos. Zilele următoare pustulele de pe faţă se înmulţiră şi altele apărură pe trunchiu, ganglionii regiunilor corespunzătoare umflându-se. Ivindu-se o bronchită catarală cu mare dispnee, apoi disfagie totală, diaree şi nefrită emoragică, bolnava n'a mai trăit decât două zile.

Afară de examenul microbiologic, a mai confirmat diagnoza şi examenul istologic, dovedind un granulom morvos, compus în substanţă din *plasmazellen* limfocitoide, cu proliferaţie vasculară şi tendinţe necrobiotice.

G. Z. P.

Kraus (Prag). **Ueber eine eigenartige Hauttuberkulose.** (Despre o tuberculoză specială a pielei). (*Archiv. f. Dermat. u. Syph.*, Bd. 74, H. 1). Este vorba de o fată de 15 ani, de constituţie rea, prezintând de o jumătate de an, pe marginea cubitală a antebraţului stâng, mai multe formaţiuni foarte rezistente, cu aspect de noduri şi coarde cari le unesc, aparţinând pielei şi mobile odată cu aceasta, având aspect lucios unsuros şi lipsite de durere. Un asemenea nod, cât un bob de mazăre, ocupă faţa externă a braţului. Ganglionii cubitali sunt intacţi; cei supraclaviculari, cervicali şi inguinali sunt din contră umflaţi şi împăstaţi.

Histologiceşte se recunoaşte un granulom tuberculos, cu debut în aparenţă subcutan, pe cale de regresiune prin calcificaţie. Proba cu tuberculină a fost pozitivă.

G. Z. P.

Rochet et **Billet**. **Note sur un cas de lèpre.** (*Annales de Dermat. et Syphil.*, 1905. pag. 422). Observaţia aceasta luată în mod foarte conştiincios, este interesantă mai ales prin examenul istologic ce conţine. Autorii au făcut exciziunea unui leprom bine delimitat, care le-a servit la facerea de secţiuni.

Epidermul se prezintă puţin alterat, în special unele celule din stratul generator. Este izbitoare subţiimea sa, apoi şi prezenţa unor cavităţi cu păreţi sfâşiaţi, conţinând câţiva leucociţi agăţaţi de filamente de fibrină şi părând a fi flictene. Strat cornos nu există.

Dermul este foarte alterat: mai întâi lipsesc cu totul papilele. Ţesutul de neoformaţie, din adâncimea dermului, este format din elemente fibroase abundente, mai ales împrejurul celulelor neoplazice, pe cari le înfăşoară cu totul, şi alte elemente mai numeroase, cu aspect epiteloid. Acestea formează un fel de teci împrejurul vaselor şi tuburilor sudoripare. Din loc în loc se vede câte o celulă mai mare cu câte 3 — 5 nuclei, conţinând o grămadă de bacili şi înconjurată de o barieră de ţesut fibros. (Celula leproasă a lui Virchow). Tot ţesutul neoplazic este înţesat de bacili, dispuşi în grămezi de vre-o zece, atât în interiorul celulelor cât şi printre elemente.

Perii şi foliculii piloşi sunt foarte numeroşi, dar nealteraţi. Nu se poate găsì un singur bacil în ei. Vasele sunt rare, nu conţin bacili. Adventicea lor este destul de ipertrofiată şi la unele şi endoteliul este alterat. Se găsesc numeroase tuburi sudoripare în adâncime. Imprejurul lor se află un strat conjunctiv gros. Epiteliul lor este alterat pe alocurea şi lumina lor, relativ largă, conţine unele celule migratorii stricate. In aceste tuburi, se văd bacili astfel repartizaţi: In celulele epiteliale şi între ele, se află bacili scurţi sau chiar fragmenţi. In lumina tuburilor (în majoritate) nu este decât un praf fin, colorat roşu cu Ziehl, părând că provine din bacili fragmentaţi şi aşezat atât printre celulele migratorii, cât şi în interiorul lor. Nu se văd glande sebacee, nici corpuscule tactili.

In mucusul nazal se găsesc mulţi bacili scurţi fuziformi în interiorul unor celule fără nuclei sau printre ele. O flictenă apărută spontan, conţineà o serozitate cu polinucleari şi bacilii lui Hansen asociaţi cu streptococi. Examenul sângelui a fost negativ.

G. Z. P.

Sondermann. Hyperämie zur Lupusheilung. (Iperemia la vindecarea lupusului). (*Monatsch. f. prakt. Dermat.* Bd. 40, H. 1). Autorul a construit un mic aparat pe principiul ventuzei uscate. O pară de aspiraţie produce golul şi prin acest mijloc se poate iperemià în mod artificial regiunea lupoasă pe care se aplică aparatul. O dispoziţie specială permite ca un curent de apă să ude în acelaşi timp pielea, ceeace după toate aparenţele întăreşte iperemia.

G. Z. P.

P. Launois et **L. Loederich.** Association de spirilles fusiformes de Vincent dans un chancre syphilitique. *Bull. soc. méd. des hôp. de Paris,* 30 Iunie 1905. (După *Bull. de l'Institut Pasteur,* Tome III, No. 15. 15 août 1905). In frotiurile dintr'un şancru sifilitic, cu tendinţă fagedenică, autorii au găsit alăturea de bacili fusiformi şi spirili analogi cu aceia observaţi în angina lui Vincent, foarte numeroşi spirocheţi fini, reprezentând toate caracterele acelora a lui Schaudinn.

Făcând puncţiunea ganglionilor inguinali, n'a găsit nici spirili, nici elemente microbiene.

Dr. Gorescu.

Noeggerath u. Staehelin. Zum Nachweis der Spirochaete pallida im Blute Syphilitischer. (Prezenţa spirochetului în sângele sifiliticilor) (*Münchener med. Woch.* 1905, 1 August No. 30). Pentru a găsi spirocheţii în sânge, autorii au utilizat metodul indicat de Stäubli, pentru descoperirea embrionilor de trichină, în sânge. Ei iau 1 c. c. sânge dintr'o vână sau din lobulul urechei și-l introduc în 10 c. c. din soluția 33% acid acetic.

Soluția aceasta e centrifugată. Numai în depozitul centrifugat, autorii au putut găsì colorând cu Giemsa, spirocheți. In 3 cazuri de sifilis secundar ei au găsit câte 1—3 exemplare la 30 câmpuri microscopice. In afecții de altă natură în cari sângele a fost cercetat pentru control, autorii n'au putut găsì nici odată spirochetul

S. Irimescu.

I. Siegel. Neue Untersuchungen über die Aetiologie der Syphilis. (Noui cercetări asupra etiologiei sifilisului) *(Münchener medizinische Wochenschrift* 1905, Iulie 18, No. 29*)*. Siegel, după injecția subcutană la iepuri, a emulsiunii obținută din țesuturile accidentelor primare sifilitice sau din condilome a constatat două săptămâni în urmă prezența în sânge, a parazitului descris de el în sifilis, *citorrhyctes luis*.

La cățivà dintre iepurii injectați s'au produs papule scuamoase și într'un caz chiar ulcerații mari și adânci.

In urma scarificării irisului cu acelaș material sifilitic, se constată la iepuri, una sau mai multe papule mici, în cari de asemenea citorictul există.

Siegel pretinde c'a observat transmisiunea ereditară a sifilisului la iepurii în experiență.

Dela iepurii sifilizați, Siegel, a putut obține transmiterea și la maimuțe. Pentru aceasta a întrebuințat o emulsiune obținută cu rinichii iepurilor în experiență.

El a experimentat pe 12 exemplare de Makakus rhesus și 1 de Cebus Capuzinus scarificând irisul, făcând injecții subcutanate sau scarificând pelea din regiunea frontală.

Pentru injecția subcutanată a întrebuințat câți-va centimetrii cubi din emulsia de rinichi. La acelaș fel de maimuțe a experimentat și cu o emulsie în apă glicerinată, obținută cu țesuturile accidentelor sifilitice primare umane.

Rezultatele au fost identice și cu materialul sifilitic uman și cu cel dela iepurii sifilizați experimental.

S'au observat papule albăstrui sau roșiatice la locul de injecție.

Ulcerații n'au fost constatate decât după leziuni traumatice când animalul se lovià de peretele coliviei și atunci ulcerul după aspectul sau lucios, după coloarea și după secreția sa seroasă erà cu totul asemănător ulcerului sifilitic uman.

Erupții secundare sub formă de mìci noduli dispărând în 1—2 săptămâni și descuamând au putut fi observate. Pe suprafața palmară a mâinii apar puncte, mai întâiu cât grăuntele de mei, cari cresc din ce în ce, devin confluente și afectează forme variate.

Pelea se descuamează și de abià după 10 săptămâni își recapătă aspectul normal, cu o aparență însă ușor marmorată. Ganglionii limfatici sunt prinși în regiunea axilară și inguinală și câteodată și cervicală, uneori augmentați de volum cât o cireașă, nu însă dureroși și supurați. In toate aceste leziuni citorrhictul există abundent Experiențele relatate fac pe Siegel să mențină mai mult decât ori și când că citorhictul e agentul cauzal al sifilisului.

S. Irimescu.

FIZIOLOGIE NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ.

Dr. Hallion. Recherches expérimentales récentes sur la digestion et leurs conséquences pour la pathologie. *(Arch. génér. de médec.* 1 August 1905). Noţiunile de fiziologie experimentală, la cari au contribuit Pawlow şi şcoala sa în Rusia, Delegene, Froim şi Pozenski în Franţa, Bayliss şi Starling în Anglia au fost complectate de autor prin mai multe date de fiziologie experimentală, în executarea cărora a urmat aceeaşi cale ca şi Pawlow: Integritatea complectă a funcţiunii de explorat la animalele operate. Pofta de mâncare joacă un rol capital în continuarea digestiunii, cantitatea, calitatea şi perioada de producere a sucului gastric, fiind în mod direct influenţate de apetit, după cum rezultă din experienţele ingenioase a lui Pawlow pentru realizarea prânzului fictiv. I se dă numele de suc de apetit, sucului produs prin această metodă a cărui producere variază după alimente şi animal. In lipsă rolul apetitului este supleat de oare-cari agenţi cu putere escitatoare asupra glandelor gastrice: sucul de carne, apa pură.

Duodenul şi partea superioară a jejunului, a căror rol fiziologic în digestiune erà neînsemnat, se găseşte a aveà o importanţă destul de mare în urma demonstrărei existenţei a două substanţe secretina şi enterokinaza. Experienţele făcute cu macerat de mucoasă duodenală într'un acid injectat intravenos la câini, au dovedit rolul important al secretinei în provocarea secreţiunii sucului pancreatic şi a bilei. In mucoasă secretina se găseşte sub formă de prosecretină, care sub acţiunea unui acid o pune în libertate, lucrând mai departe ca o secreţie internă. Sucul intestinal pur exercită o acţiune înceată şi incomplectă asupra albuşului de ou, încetineală care dispare imediat numai prin adăogirea unei picături de suc duodenojejunal, care conţine substanţa numită de Pawlow kinază. Erepsina, alt ferment specific, descoperit de Catinheim, dedublează albumozele. Experienţele făcute pe animale transportate în fiziologia umană, ia naştere opoterapia duodenală. Secretina pentru a-şi exercità puterea excito-secretoare, trebue injectată intravenos: injectată sub-cutan, se înmagazinează în mucoasa duodenală sub formă de prosecretină. In ce priveşte alimentaţia, o uniformitate e necesară pentru adaptarea acelui aliment cu secreţiunea potrivită şi de care are nevoe în ce priveşte cantitatea şi calitatea; se va aveà în vedere că pierderea energetică, reclamată de digestiunea fie-cărui aliment. Nu se poate contestà rolul sistemului nervos în actul digestiunei, fapt arătat de autor şi de Carrion, precum şi acel al solidarităţii funcţiunilor diferitelor părţi ale tubului digestiv, cari fac ca animalele să trăiască fără stomac şi să nu se resimţă de loc de rezecţiunea unei mari porţiuni din intestin

M. P. CIUCĂ.

GYNECOLOGIE şi OBSTETRICĂ

Max Bensinger. (Mannheim). Neues Verfahren zur Entwicklung des abgerissenen in utero zurückgehaltenen Kopfes. Nou procedeu pentru extracţiunea capului separat de trunchiu şi rămas în uter. (*Zentr, f. Gynäkologie.* 29 Iulie 1905, No. 30). In două cazuri, în care prin manopere obstetricale capul fetului (într'unul de 6 luni, într'altul la termen) s'a rupt şi a rămas în cavitatea uterină, şi în care numeroase încercări de extracţiune au rămas infructuoase, B. a ajuns la ţintă, procedând în următorul mod: se prinde solid o pensă Muzeux de marginile gaurii occipitale sau de coloana vertebrală, dacă a rămas ceva dintr'însa. Se adaptă la tire-balul fixat astfel, un aparat de extensiune improvizat, compus dintr'o sfoară fixată la tire-balle, sfoară ce trece deasupra peretelui patului de la picioare şi la care se atârnă o greutate de un kilogram şi jumătate. Extensiunea deşteaptă contracţii cari intr'un caz în 2, în altul în 24 oare au coborît capul intr'atâta, încât uşoare tracţiuni manuale pe pensă au fost suficiente să extragă capul. Lehuziele normale.

TRANCU-RAINER.

Bourdzynsky. **Opération césarienne sur une morte. Enfant vivant.** (*Journal d'obst. et de gyn. russe*, 1904) după *Annales de Gynécologie.* E vorba de o eclamptică însărcinată în 8 luni, moartă într'un acces de asfixie. 15 minute după constatarea morţii (nu se spune prin ce mijloace) se scoate prin operaţiunea cezariană un copil în asfixie şi care revine după 15 minute. Greutate 2.200 grame, lungime 45 c. m; se pune în clocitoare. După 53 de zile copilul are o greutate de 3.170 gr. şi are un aspect sănătos.

TRANCU-RAINER.

E. Bumm. **Zur operativen Behandlung der puerperalen Pyämie (5 Fälle von Unterbindung der venae spermaticae und hypogastricae mit drei Heilungen).** Contribuţiune la tratamentul piemiei puerperale (cinci cazuri de ligatura venelor spermatice şi hipogastrice cu trei vindecări). (*Berliner Klinische Wochenscrift.* 3 Iulie 1905). No. 27. Se ştie că Trendelenburg mai întâiu şi Ernst Michels în urmă, au obţinut vindecarea, — unul, prin ligatura ambelor vene hipogastice urmată după vre-o zece zile de rezecţia unei spermatice, cel de al doilea a unei vene spermatice,— a două cazuri de trombo-flebită puerperală supurată a acestor vase.

Bumm la rândul lui intervine în 5 cazuri de piemie puerperală streptococică şi are 3 vindecări

Dintre aceste, două sunt obţinute în cazuri de piemie *cronică* (apariţia frisoanelor târzie, etc. corespunzând unei infecţii *limitate* la vene şi care anatomiceşte se prezintă ca o trombo-flebită supurată); iar a treia într'un caz de piemie acută (debutul frisoanelor timpuriu etc., iar anatomiceşte s'a găsit pe lângă trombo-flebită supurată a venei hipogastrice drepte un oedem gelatinos în jurul vaselor şi în grosimea ligamentului larg corespunzător).

In primele două cazuri s'a intervenit: într'unul la 2 luni după început şi în altul la o lună şi ceva. In al treilea după 17 zile.

Tehnica consistă în ligatura transperitoneală, cu un fir de mătasă, a venei hipogastrice bolnave; în ligatura dublă, secţionarea cu termocauterul şi rezecţiunea venelor spermatice, dacă e nevoe.

Preferă o laparotomie exploratrice unei expectaţiuni, care permiţând întinderea infecţiunii ar face inutilă o intervenţie chirurgicală, cum i s'a întâmplat lui Bumm în celelalte cazuri operate de dânsul.

El e în contra histerectomiei, în piemie puerperală, sub cuvînt, că în *piemia cronică* e de prisos, de oare ce uterul nu mai e infectat, iar în cea *acută* nu se poate executà fără infecţia consecutivă a peritoneului.

Trancu-Rainer.

A. Pollosson. Cancer du col et grossesse. Hystérectomie abdominale. Annales de gynécologie et d'obst. Août 1905. Quintipară, de 34 ani. Insărcinată în 4 luni. Cu 2 luni înainte de a rămâne însărcinată prezintase semne de neoplasm, după comemorative. Histerectomie abdominală totală; se rezecă şi o porţiune din partea superioară a vaginului. Marginea de secţiune a vaginului trece cu 2 c. m. de neoplasm. Epitelioma pavimentos. Urmările operatorii bune. După 3 luni, vine cu recidivă la baza ligamentului larg drept, se face o nouă intervenţie, rămâne însă cu o fistulă vezico-vaginală.

In privinţa conduitei medicului în asemenea cazuri, părerile sunt împărţite. In Franţa Hernandez e pentru intervenţia precoce; Varnier pentru aşteptarea copilului la termen; Pinard şi Bouilly pentru abstenţiunea sistematică. In Germania Sarwey, în tratatul lui Veit, încă de mult e pentru intervenţie precoce. In privinţa procedeului iar e divergință. Autorul e pentru calea abdominală.

Trancu-Rainer.

I. Schwetz. Un nouveau cas de pyémie puerpérale staphylococcique pure. (*Annales de Gyn. et d'obst.* Iulie 1905). Quintipară. Naştere spontană. Extracţiune manuală de placentă, parţială; restul se scoate prin curetaj. In aceeaşi zi scutur de frig puternic. Diagnostic: *parametrită dreaptă, piemie puerperală*. A 2-a zi după naştere nu se obţine nimic prin culturi din sânge, a 14 a zi, culturile, făcute în timpul unui scutur de frig, dau exclusiv *stafilococ piogen aureu*. La necropsie se constată, că atât vena spermatică dreaptă, cât şi vena uterină conţin trombusuri purulente; abcese în ambele parametre.

Autorul a găsit 13 cazuri în literatură, însă nu cunoaşte evoluţia la 4 din ele. Cazurile sunt foarte grave, din 9 cazuri 7 au murit.

Trancu-Rainer.

IGIENĂ ŞI TERAPEUTICĂ

Robert Behla. Weitere Mitteilungen über Krebsherde, Krebshäuser, Cancer à deux und Familienkrebs nach medizinalamtlichen Angaben in den Jahren 1901, 1902 u. 1903. (Comunicări asupra focarelor, caselor canceroase, cancerul à deux şi familial după datele oficiale în anii 1901, 1902, şi 1903). (*Medizinische Klinik I*, 1905, No. 34, 30 Iulie 1905). Behla, cunoscut prin monografia sa asupra cancerului, rezumă după un apel publicat în Zeitschrift für Medizinalbeamten, în 1900, rezultatele anchetei precum şi datele, din rapoartele medicilor de districte

(Kreisärzte), asupra frecuenței focarelor de cancer, caselor canceroase etc. Exemplele sunt frecuente de localități cu cazuri numeroase de cancer. Pentru a nu cità decât unele: Perleberg cu 8.000 locuitori a avut dela 1874—1900, 157 cazuri de morți în urma cancerului, Rohldorf cu 167 locuitori în anii 1891—1897, 11 cazuri de cancer etc. etc.

Case, în care un număr de locuitori s'au bolnàvit pe rând de cancer sunt iarăși citate în număr destul de mare.

In ceea ce privește cancerul à deux, o serie de observații tipice e relatată, în care femeea și bărbatul sau rude foarte de aproape, locuind împreună s'au bolnăvit de cancer.

S. Irimescu.

Brunno Heymann. Die Controlle der Dampfdesinfections—Apparate. (Controlul aparatelor de desinfecțiune). (*Zeitschrift f. Hyg.* Bd. L. H. 3, pag. 421--450). Heymann, asistent al institutului de higienă din Breslau, atrage atenția asupra necesității de a supraveghià de aproape funcționarea aparatelor de desinfecție. Din memoriul său prea technic, ca să fie analizat în detaliu, sunt de reținut numai câteva puncte mai importante.

Aparatele de desinfecție cu vapori, cu sau fără presiune, trebue să producă vapori de apă în cantitate suficientă.

Dacă într'adevăr vaporii de apă se produc în cantitate insuficientă încălzirea aparatului și a objectelor conținute se face mult prea încet și expulzarea aerului prin vapori nu se obține. Cercetări făcute arată că numai într'o atmosferă pură de vapori de apă, microorganismele sunt distruse nu într'un amestec de vapori și aer.

Proba unui aparat, pentru a arătà că conține vapori de apă saturați, se face cu ajutorul unui termometru care trebue să arate 100°, situat la ieșirea, nu la intrarea vaporilor.

La aparate cu vapori sub tensiune, între temperatură și presiune trebue să existe relația cunoscută, stabilită prin tabela lui Regnault.

Autorul a analizat aparatul Thursfield în care încălzirea odată ce aparatul atinsese 100° nu se mai făceà cu cantitățile de cărbuni necesare. Puterea de pătrundere a vaporilor erà întârziată cu $^3/_4$ oră și mai mult:

Trebue cercetat apoi dacă vaporii pătrund înăuntrul objectelor de sterilizat.

Dintre metodele întrebuințate pentru a determinà dacă vaporii au pătruns, în interiorul objectelor de sterilizat, autorul recomandă ca foarte practice aparatul de control cu phenantren, al lui Sticher (costul numai 4 lei) și termometrul prin contact cu mercur, al lui Stuhl-Lautenschläger.

Aparatele nu trebue să lase să iasă în cantitate prea mică vaporii de apă. Se obține astfel, ce e drept, o urcare mai repede a presiunnii și temperaturii, dar se împedică și eșirea aerului, ceea ce are ca efect o desinfecție iluzorie.

Trebue să se evite apoi vaporii supra-încălziți de care ce puterea lor desinfectantă e cu mult mai mică decât a vaporilor circulanți.

E nevoe deci de observat ca relația între temperatură și presiune indicată de tabela lui Regnault să fie de aproape păstrată.

Un punct important e apoi, ca obiectele introduse în aparatele de desinfectat să nu depăşească un anumit volum.

In ceea ce priveşte objecţiile lui Rubner şi Braatz că vaporii de apă saturaţi, s'ar supra-încălzi, în interiorul obiectelor prin producere de căldură în urma absorpţiei apei de către obiectele higroscopice, ceea ce ar diminuà proprietăţile lor desinfectante observaţiile numeroase ale lui Heymann arată că teama aceasta e nefundată.

Separarea localului care servă la desinfecţie într'o parte curată şi alta murdară e inutilă după H. de oare ce reclamă o dublă desinfectare a personalului.

E mai bine de a preparà obiectele, la locuinţele de unde se iau aşà încât să se poată desinfectà fără pericol de diseminare a germenilor patogeni.

Obiectele se pun în 2 rânduri de saci unii muiaţi în sublimat şi alţii uscaţi

Memoriul original ar merità să fie cunoscut de aproape pentru a se evità erori cari fac o desinfecţie cu aparatele de sterilizat de multe ori absolut iluzorie. Evident că pentru a obţine rezultate bune, nu e nevoe nu mai de instrucţii precize dar şi de un personal dresat.

S. IRIMESCU.

O. Mosebach. **Untersuchungen zur Praxis der Desinfection.** (Cercetări asupra desinfectării), (*Zeitschrift f. Hyg.* Bd. L, H. 3. 1905, p. 485--501). M. a experimentat comparativ soluţiile 3.2% de phenol, 2.5% lysol şi 2.5% de cresol brut sau 5% de liquor cresoli saponatus.

Pe scânduri contagionate cu materii fecale tifice, după o oră de contact cu soluţiile acestea antiseptice, experienţele făcute au arătat că soluţia de cresol exercită acţiunea cea mai energică.

In intersitiţiile scândurilor germenii tifici, pot însă să-şi păstreze viabilitatea. Odată umplute cu materii tifice, un alt lichid de aceiaşi densitate, cum e soluţia de cresol, nu poate să mai pătrundă în interstiţii. In practică însă, interstiţiile acestea sunt tot aşà de puţin accesibile materiilor infectate ca şi soluţiei de cresol. Excepţional însă un pericol de propagare a germenilor poate să persiste în felul acesta.

Stofele de haine sunt şi ele uşor desinfectate, când se periază cu peria muiată în soluţia de cresol; pe când însă ţesăturile de lână sau de bumbac erau desinfectate dejà, după 3—5 minute, pentru cele animale (Kammgarn), desinfecţia nu erà complectă decât, după $^1/_2$ oră. Coloarea stofelor nu suferă nici o alteraţiune, după întrebuinţarea soluţii de cresol.

Avantajele soluţiei de cresol faţă de fenol şi lisol, constau şi în preţul său de 3 ori mai mic (2 centime litru de soluţie 2.5%)

Intr'a doua serie de cercetări, M. a experimentat mijloacele de desinfecţiune a materiilor fecale şi apelor murdare.

Soluţia de clorur de calce $^1/_{50}$ o disuadează, de oarece clorurul de calce are o compoziţie foarte variabilă.

M. a experimentat cu laptele de var 20% preparat cu var stins, care se poate găsi ori și unde și n'a putut decât să confirme valoarea antiseptică dejà cunoscută a acestei soluții.

Intrebuințat în cantitate egală cu materiile fecale sau apele murdare, laptele de var după 2 ore de contact, omoară bacilul tific.

Pentru desinfectarea cărților dintre diferitele procedee — formaldehyda, etc. — M. recomandă căldura uscată.

Căldura uscată, 75—80°, după 16—24 ore de contact, omoară toți germenii patogeni din cărți, fără să le altereze câtuși de puțin, chiar când sunt legate.

S. IRIMESCU.

H. Reichenbach. Die Leistungen der Formaldehyd-Desinfection. (Aplicările desinfecțiunei cu formol). *(Zeitschrift f. Hyg.* Bd. L. H. 3, pag. 451—472). Reichenbach arată că desinfecțiunea cu formol e eficace în majoritatea cazurilor și combate asertiunile celor cari au comunicat rezultate defavorabile cu aparatul Breslau.

Spengler nu obținuse resultate bune pentru desinfectarea sputelor tuberculoase. In loc însă de a încercà sputele supuse la desinfecție, în injecție pe animale, S. a făcut culturi din ele și a văzut că bacilii tuberculoși cresc ușor, de oarece bacteriile asociate fuseseră distruse. Ar păreà deci că culturile sunt o probă mai sensibilă decât injecția la animale. Werner a arătat însă, că atunci când sputa tuberculoasă e inofensivă în injecție la animale nu se pot obține nici culturi de bacili din ea. Procedeul lui Spengler pentru cultivarea bacililor din sputele tuberculoze, cu ajutorul formolului, a fost de almintrelea contestat de majoritatea autorilor. In orice cas, dacă sputele nu mai sunt periculoase în injecție la cobai, scopul desinfecției e atins, de oarece cu atât mai puțin vor fi vătămătoare pentru om, cobaiul fiind foarte sensibil la tuberculosă.

Römer combate procedeul Breslau, de oarece în experiențe făcute n'a omorît bacilii tuberculoși și difterici în culturi

E știut însă că în tuburi de cultură, bacilii sunt mai greu accesibili mijloacelor de desinfecție. Aceasta nu atinge valoarea practică a procedeului.

Din 56 experiențe făcute de Werner cu aparatul Breslau, numai 3 au fost negative.

In experiențele lui Engels, rezultatele au fost ceva mai puțin bune: 4 rezultate negative din 12.

Rezultatele negative au fost însă observate cu sporii cărbunoși și stafilococii, în general foarte rezistenți, la toate mijloacele de desinfecțiune și pe de altă parte în experiențele lui Engels aparatul cum se poate vedeà din memoriul autorului nu împlineà toate condițiile prescrise de Flügge.

Flügge recomandă și el pentru cazul când sputa tuberculoasă e în strat prea gros, să se acopere cu sublimat 5‰, inainte de a se desinfectà cu aparatul Breslau.

După mulți experimentatori, dezodorizarea cu amoniac ar atenuà valoarea desinfectantă a procedeului Breslau și „testul" sporii carbunoși n'ar fi totdeauna sigur de oarece sporii ar trebui cercetați un timp mai îndelungat, 30—32 zile, după desinfectare pentru a se vedeà dacă într'adevăr nu se mai dezvoltă. Werner a observat că după intervalul acesta sporii se pot încă dezvoltà.

In ori ce caz însă, ei sunt foarte atenuaţi şi pe urmă în cazurile obişnuite de desinfecţie, sporii carbunoşi există foarte rar. Procedeul Breslau rămâne deci un procedeu foarte eficace pentru aproape toate cazurile, de care ce omoară majoritatea germenilor patogeni afară numai de unii stafilococi foarte rezistenţi şi de bacili tuberculoşi în straturi de spute prea groase.

S. Irimescu.

Albrecht Speck. Hygienische Händedesinfection. (Desinfecţia higienică a mânilor). (*Zeitschrift f. Hgg.* Bd. L. H. 3 1905, pag. 502—508). Intre dezinfecţia chirurgicală şi higienică a mâinelor există o deosebire. Chirurgul care operează ţine să aibe mâinele libere de microbi, indiferent că microbii ar fi morţi sau numai depărtaţi mecanic dela suprafaţa mâinii. Pentru higienist însă când e vorba de germeni patogeni, e important de a-i distruge pentru că altfel prin apă de spălat, ei ar puteà provocà cazuri de contagiune.

S. după îndemnul lui Flügge, în institutul dela Breslau a încercat diferitele mijloace de distrugere a germenilor de pe mâini. Experienţele au fost făcute cu seria de antiseptice uzuale.

Soluţia de cresol $2^1/_2\%$, aplicată pe mâinile infectate cu coli, n'a dat nici un rezultat. Chiar cu soluţia 10% după 3 minute de periat energic, bacilii persistă sub unghii. Cresolul nu trebue deci să fie întrebuinţat pentru desinfectarea mâinilor.

Cu sublimat 1‰ rezultatele au fost bune. E de recomandat ca înainte de a atinge obiectele murdare, mâinile să fie muiate în soluţia de sublimat, de oare ce în felul acesta spaţiul capilar de sub unghii reţinând sublimatul, bacilii cari nu pot pătrunde în spaţiile capilare decât suspendaţi într'un lichid, când ajung sub unghii, prin lichidul în care se află, solubilizează sublimatul, care îşi exercită acţiunea sa bactericidă.

Mâinele muiate în sublimat, nu trebue spălate înainte de 5 minute. Muiarea repetată a mâinelor în sublimat ajută la puterea sa bactericidă şi tocmai muiarea aceasta scurtă, dar repetată a mâinilor în sublimat se poate face uşor de infirmierul însărcinat cu paza bolnavilor.

Din celelalte antiseptice, nici unul nu s'a arătat bactericid, afară numai de triclorurul de iod 1%. Preţul său ridicat, 1 fr. litru de soluţie 1%, face însă întrebuinţarea sa puţin practică.

S. Irimescu.

F. Steinitz. Ueber vereinfachte u. improvisierte Formaldehyd-Desinfection (Asupra desinfectărei simplificate cu formol). (*Zeitschrift f. Hyg.* Bd. L. H. 2. 1905, pag. 473—484). Autorul trece în revistă aparatele mai simple propuse pentru desinfecţia cu formol şi după ce arată avantajele şi desavantajele aparatului lui Speier şi Karge (Tysiulampe) aparatului lui Seelze (Hannover) al lui Krell (Carboformalglühblock) se opreşte mai mult asupra brichetelor de argilă refractară (Chamottestein) propuse de el, încă din 1900.

Brichetele acestea sunt încălzite $^1/_4$ oră, în număr variabil după mărimea localului de desinfectat. Se prepară amestecul de formol și apă, după proporțiile înscrise în tabelă. Brichetele sunt puse apoi într'o găleată de tinichea și se toarnă peste ele amestecul de formol și apă.

Nu e nevoe să se astupe deschizăturile camerei. Se lasă astfel 5 ore și se evaporează apoi tot cu brichete, pentru dezodorizare, $^{1}/_{2}$ volumul din formolul întrebuințat, de amoniac $25^{0}/_{0}$.

Autorul a experimentat procedeul acesta, față de toți germenii patogeni cu rezultate pozitive. Avantajele procedeului sunt simplicitatea sa și faptul că nu e nevoie să se astupe deschiderile camerei. Intr'o experiență rezultatele au fost pozitive, chiar când s'a lăsat fereastra deschisă. Procurarea brichetelor e ușoară.

Pentru dezodorizare însă sunt desavantaje, de oare ce intrând în cameră pentru a turnà amoniacul pe brichete se răspândește mirosul de formol în camerele vecine.

S. IRIMESCU.

Alfred Alexander. **Zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidin Moebius.** (Tratamentul morbului lui Basedow cu Antithyreoidină Moebius), (*Munchener mediz. Wochenschrift*, 1905, Iulie 18, No. 29. pag. 1393—1397). Autorul aduce 3 observațiuni de basedowieni, ameliorați în urma tratamentului cu antithyreoidina Moebius.

Dintre fenomenele objective produse de ser, cel mai marcant a fost augmentarea greutății corpului. Intr'un caz această augmentare a fost de 3 kgr. $^{1}/_{4}$ în 5 săptămâni, în al doilea de 7 kgr. în 10 săptămâni și intr'al treilea de 3 kgr. în 7 săptămâni. Serul lui Moebius ar neutralizà după autor produsele secreției tiroidei, care provoacă distrugerea albuminei și grăsimei din corp.

Glanda tiroidă în toate aceste trei cazuri a diminuat ca volum și ca consistență. Exoftalmia și tremurăturile au fost modificate în toate cazurile.

Tachycardia și aritmia au dispărut. O influență defavorabilă asupra afecțiunilor cardiace, existente în 2 din aceste cazuri (myocardită), semnalată de Burghart și Blumenthal n'a putut fi constatată de autor.

In afară de serul Moebius, bolnavii au fost tratați și cu băi gazoase și sărate, după metodul recomandat de Schott. Doza de ser întrebuințată a variat între 1—15 g. pe zi.

Chiar în doze de 5 g., de ser pe zi, efecte defavorabile n'au putut fi observate.

A. recomandă să se deà bolnavilor 40—50 g. ser, să se întrerupă apoi și să se observe dacă fenomenele morbide au dispărut.

Dacă acestea reapar, se dă o nouă doză de 40 g. ser.

Se repetă această doză de mai multe ori, până când se obține amendarea simptomelor basedowiene.

S. IRIMESCU

G. Carron de la Carrière. **Le traitement de la migraine et le cannabis indica.** (*Presse médicale* 19 Iulie 1905). Accesul migrenei nu este decât un sindrom clinic, manifestația unei stări morbide constituționale. În intervalul crizelor, migrenosul este un bolnav, deși starea lui generală pare în aparență că este bună. In timpul perioadelor intercalare trebue să fie îngrijit cu scopul de a modificà predispozițiunea sa primă și de a prevenì cauzele secundare determinante ale durerilor sale.

Tratamentul unui migrenos trebue să vizeze 3 puncte:

1) Starea constituțională, neuroartritismul.

2) Turburarea organică sau funcțională constantă la fiecare migrenos.

3) Cauzele provocatoare ale crizei.

I. Ori ce migrenos este un artritic la care diateza atinge, în particular, sistemul nervos. Pentru a modificà starea generală constituțională și localizarea sa particulară, asociem la un regim alimentar apropiat și întrebuințarea sistematică de cannabis indică: dușele calde dau și ele adeseaori bune rezultate.

Regimul alimentar anti-artritic clasic are un dublu scop; a diminuà uricemia și a prevenì intoxicațiunile de origină digestivă. — Se întrebuințează exclusiv apă pură sau infuziuni calde, alcoolul este interzis. La masa de dejun ceaiul este o excelentă băutură, digestivă, stimulantă, diuretică, de preferință ceaiul de Ceylan, ușor cald. Seara apă pură sau slab mineralizată și diuretică Alet, Evian Thonon. Cărnuri permise sunt: vacă, miel, pui, bine fierte. Legumele toate, afară de cele acide. Ca desert brânză, lapte, fructe coapte, când este în acces regimul trebue să fie foarte restrâns, privat de carne, lacto-vegetarian.

Ca tratament medical Stephen Mackenzie a recomandat cannabis indica pentru a combate elementul durerii asociat la fenomenele spasmodice. Are acțiune specifică mai ales în cefalalgia continuă sau sub continuă. A. dă cannabis indica sub formă de extract în doză de 0,015 millig — 0,03 ct. dimineața și seara, în pilule. Dacă este ameliorare continuă tratamentul cu aceeași doză, dacă după 8 zile nu obține ameliorare, urcă la 0,06 ct. extract seara și 0,03 ct. dimineața, alte ori dă câte 0,06 ct. seara și dimineața, în cazuri rebele urcă progreziv doza, ce e mai mare seara, până ce obține o ameliorare. A observat numai câte-va cazuri de intoleranță. — Alte ori dă extract hydro-alcoolic de C. i. în pilule de $1^{1}/_{2}$ ct. o pilulă seara la culcare, 30 zile, dacă nu e ameliorare dă 15 zile câte 2 pilule seara și alte 15 zile scade la o pilulă; dacă cefalea este mai tenace dă 2 pilule seara și una dimineața și alternează astfel din 15 în 15 zile. Anii următori se face cură o lună separată prin intervale mai mult ori mai puțin lungi.

Dușile calde, se fac începând cu 37°—40° atingând chiar 43°—45°, un minut sau două, dușuri în jet întrerupt evitând capul și ceafa terminate printr'un jet plin pe picioare. Dușul se face în fiecare zi și în ori ce sezon. După duși se face o fricțiune cu flanela.

II. In afară de tara constituțională artritică, migrenosul este atins de o turburare funcțională sau organică; stomac, ficat, uter, rinichi, etc. Vom îngrijì mai întâi stomacul și intestinul, făcând un tratament anti-dispeptic. La femei și fete după căile digestive trebue să avem grije de uter și anexe.

La alții de partea ochilor se găsește cauza durerii de cap, turburări de refracții, astigmatism etc.

III. Predispușii la migrenă vor face toate sforțările de a se pune la adăpost de cauzele provocătoare ale acceselor, cari variază după individ: unele sunt datorite căilor digestive, altele condițiunilor metereologice, la alții sunt exprexiunea unei intoxicații în timpul somnului, insuficiență de aerație, oxid de carbon, la alții tutunul, menstruația, preocupațiile morale, emoțiuni, etc.

IV. Tratamentul cu medicamente al accesului, în momentul când este să apară, ne spune autorul, că nu ia dat nici un rezultat efecte bune a obținut cu dușuri calde, ele au îndepărtat criza. — Dacă accesul evoluează și atinge maximum, nu putem decât moderà suferința bolnavului prin: repaus în pat în semi-obscuritate, aplicațiuni repetate pe frunte din balsamul algesic.

Mentol . . . . . .
Cloroform . . . . . } âa 5 gr.
Salicilat de metil . .
Lanolină 30 grame.

Se va alternà acest balsam, cu învăluirea capului în șervete uscate, foarte calde renoite la 5—10 minute. In fine in paroxismul durerii, mai ales seara se va da un lavement calmant:

Cloridro sulfat chinină 0,50 ct.
Antipirină, 1 gram.
Laudan Sydenham X gutte.
Apă fiartă 30 grame.

V. Cure termale. Cel ce suferă de migrenă are nevoe de repaus, în fiecare an, 'i face bine o cură la Vichy mai ales la cei dispeptici de origină gastrică sau eptică. La copiii din părinți gutoși, cura la Royat. Gravele și gutoși la Contrexeville, Martigni, Vittel sau Evian, Thonon de au nevoe de calmarea sistemului nervos. Migrenoși uterinii Luxeuil sau Saint-Sauveur. Dacă este un surmenat cerebral sau neurastenic excitat Saint-Gervais sau Bagnères de Bigorre.

P. GAL.

Comby. **Traitement dela fièvre intermittente infantile.** (Tratamentul febrei intermitente la copil). *Arch. de med. des Enf.* Martie 1905. Referat asupra două casuri de febră palustră (unul cu hematozoari în sânge) tratate și vindecate cu *euchinină* în primul caz și cu *aristochină* (carbonat de chinină) în al doilea cas. Aceste două medicamente sunt insipide și se administrează în doza de vr'o 0.10 centigrame pe zi pentru fiecare an al copilului.

DR. GRIGORE JACOBSON.

C. Focke. Ueber die bei der Digitaliswirkung beobachtete Kumulation u. ihre Vermeidung. (Asupra fenomenelor de acumulare după administrarea digitalei și evitarea lor). *(Medizinische Klinik I,* 1905, No. 31, p. 775—779). Pentru a evità fenomenele de acumulare după administrarea digitalei, F. recomandă întrebuințarea unui preparat uniform. El preferă întrebuințării digitalinei, pe cea a foilor de digitală sau a pulberii, obținute în condiții bune. Pe cât se poate preparațiile acestea trebue să fie titrate.

Pentru administrarea sub forme de picături, F. recomandă dialysatul de digitală, preparat prin dialysa sucului de foi, exprimat proaspăt.

In scopul de a evità, produsele anumitor case de substanțe medicinale, pe care autorul de altminteri le recomandă cu insistență, ar fi bine ca uniformitatea preparatelor de digitală să fie garantată de stat. Un control exercitat asupra acestor preparate ar împiedică diversitatea lor, care explică o acțiune așà de variabilă. Dozele de digitală trebue date în cantitate suficientă.

Absorpția digitalei se face, când e vorba de infuzie în 24, de pulbere în 48 ore. Când dar după acest timp efectele digitalei nu s'au produs, se poate repetà $^2/_3$ din doza primitivă. Pentru dialysat, se dă 3—4 zile pe rând 12—15 picături.

Acțiunea digitalei e durabilă, de aceea o a doua doză nu trebue dată înainte de 14 sau cel mai puțin de 10 zile.

Urmând aceste regule, o acumulare toxică nu se produce.

In cazurile de hidropisie înaintată, în cari după digitală se produce o diureză puternică (sunt observații în care 4—6 litrii urină au fost eliminați în 2—3 ore), pentru a evità fenomenele de delir, câte odată observate, pe cari Eichhorst le pune în legătură cu resorbția de toxine dar care după F. sunt datorite lipsei brusce de apă a organismului, e de recomandat după cum arătase deja Withering (1785) să se prescrie băuturi abondente.

S. Irimescu.

H. Higier. Zur Wirkung des Hyoscins in der neurologisch-psichiatrichen Praxis. (Despre acțiunea hioscinei în practica neuropsihiatrică). *Neurologisches Centralblatt.* No. 10. 1905. Autorul expune observațiunile făcute de d-sa de peste 10 ani asupra acestui agent terapeutic.

In peste 50 de corpuri de maladia lui Parkinson a avut rezultate foarte satisfăcătoare. Forma sub care a administrat-o a fost soluția apoasă sau pilulele. Doza 2—3 *zecimi de miligram.* In cazurile când bolnavii pretind a nu suportà destul de bine medicamentul intern, autorul a recurs la instilațiunile oculare cu acelaș succes și fără vreo acțiune consecutivă asupra ochiului. Tratamentul poate fi urmat timp de ani întregi. După administrurea unei pilule urmează o oră de somn și apoi 3—4 de repaos, în care timp tremurătura lipsește cu totul. Intr'un singur cap a observat fenomene de intoleranță cu doza de 0,2 miligr. In câteva cazuri a văzut stabilindu-se un adevărat hioscinism cu fenomene de abstinență, ca slăbiciune cardiacă, depresiune, colaps când se suprimà medicamentul.

In 3 cazuri de *coree gravă* la 2 fete de 15 ani și la o femeie gravidă cazuri în cari bromul, arsenicul, morfina, cloralul, au rămas fără rezultat și mișcările au mers agravându-se, a putut determinà cu doza de 1 miligr. pe zi o sedațiune foarte însemnată putând după o săptămână să treacă la celelalte medicamente obișnuite.

In diferite cazuri de privit, exceptând pe cel diabetic, cu doza de 0,3—0,5 miligr., timp de o lună cel puțin a obținut de asemenea rezultate bune. In *neorozele stomachale* au iperaciditate medicamentul a rămas *fără efect.*

In *astmul nervos,* în 4 cazuri tratate fără succes cu alte narcocite, a obținut rezultate foarte bune urmând cu hioscina în soluție apoasă sau pilule la interior în doze mici la început și urcându-se apoi până la $^1/_4$—$^1/_8$ centigram subcutanat și amestecat cu cafeină, în timpul acceselor. In alcoolismul cronic și indipsomanie n'a obținut rezultate bune. In cazuri de *morfinomanie* a fost mai fericit. Injectează o doză de $^{1}/_{4}$ miligrame de 3 ori pe zi împreună cu un tonic cardiac. După 2—3 zile trece la un amestec de Hioscină și bromur pe care-l administrează săptămâni sau la necesitate luni întregi. L-a încercat ca preventiv al acceselor în mania periodică și în forma maniei depresive, fără efect.

Rămâne însă un medicament bun ca sedativ al acceselor de exaltațiune maniacală în doza de $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ miligr. Dozele mai mari însă nu sunt lipsite de inconveniente, căci după 1—2 ore de repaos urmează un stadiu de excitabilitate enormă cu neliniște și anxietate. C. PARHON.

David Kelemen. **Ein geheilter Fall von Leberechinococcus durch anwendung des Baccellischen Verfahrens** (Vindecarea unui kist idatic prin metoda lui Baccelli). *Arch. f. Kind*, vol. 41, p. 18. Metoda lui Bacceli consistă în a injectà în punga kystului o soluție de sublimat. In observația lui Kelemen, s'a făcut o primă intervenție golind punga și injectând pe urmă 20 cm.^{3} de o soluție de sublimat 1:1000. Rezultul a fost nul. S'a repetat puncția evacuând numai 30 cm.^{3} și injectând 20 cm.^{3} de soluție. Punga a început să scadă și vindecarea s'a obținut după încă 2 intervenții identice. Autorul conchide că punga nu trebuește golită de oarece astfel soluția mercurială nu poate venì în atingere cu toată suprafața ei.

DOCTOR GRIGORE IACOBSON.

Ludwig. **Ueber den Gebrauch der haltbaren Borsäure-Aluminiumacetatlösung.** (Despre întrebuințarea soluției conservabile de acid boric-acetat de aluminiu). (*Münch. med. Wochensch.*, 1905, No. 14). Autorul confirmă faptul susținut de Vörner, că adăogându-se acid boric la soluții de acetat de aluminiu, ele devin nu numai mai stabile, ci și mai active din punct de vedere terapeutic.

Comprese cu asemenea soluție dau bune efecte în eczeme acute, subacute și cronice, la ulcerații genitale, etc. In blenoragie este superioară soluției de sulfat de zinc.

Autorul s'a folosit, la arsuri și la procese crustoase, de formula :

Acid boric.	3 gr.
Licoare de acetat de aluminiu	10 „
Apă de var	40 „
Vasenol lichid	50 „

G. Z. P.

Moszkowicz u. Stegmann. **Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen.** (Tratamentul ipertrofiei prostatice cu razele Röntgen) (*Münchener med. Wochenschrift.* 1905 Iulie 18. No. 29). Pentru producerea ipertrofiei prostatice iperplazia țesutului glandular al prostatei intervine deseori, mai mult de cât iperplazia țesutului interstițial (Münich).

In afară de acțiunea asupra țesutului limfoid, razele Röntgen provoacă reacțiuni și în epitelii. Iperplazia țesutului glandular (epitelial) în ipertrofia prostatei a făcut pe autori, să încerce acțiunea razelor Röntgen în această afecțiune, de oare ce dacă într'adevăr razele Röntgen au proprietatea de a provocà distrugereà epiteliilor glandulare, cum o diminuţie chiar neînsemnată a organului mărit permite micţiunea, efectele acestui tratament trebue să fie excelente.

In 6 cazuri M. şi S. au obţinut rezultate foarte bune.

In ceea ce priveşte modul de acţiune al acestor raze, autorii stabilesc o relaţiune între prezenţa lecitinei în organe şi efectele razelor Röntgen. Fenomenele de autoliză din organe ar produce degradarea albuminei până la lecitină şi thyrosină. O distrugere a lecitinei ar aveà în urmă loc prin acţiunea razelor Röntgen.

E într'adevăr de remarcat că tocmai organele bogate în lecitină, creerul, testiculele, prostata sunt foarte sensibile la acţiunea razelor Röntgen. Tumorile (carcinome şi sarcome) a căror celule sunt de asemenea bogate în lecitină sunt şi ele influenţate de razele Röntgen.

In ceea ce priveşte instrumentaţia necesară, autorii au utilizat un proctoscop, având 9 centimetrii lungime, prin intermediul căruia acţiunea razelor se exercită là o distanţă de 40 centimetri de bolnav.

S'au făcut 2—3 şedinţe la interval de 2—3 săptămâni. Efectele au fost, că micţiunea s'a putut face spontaneu scurt timp după tratament şi că prostata în locul consistenţei tari de mai înainte prezinta la palpaţie părţi cu consistenţa diminuată. In unele cazuri prostata nu se mai puteà aproape simţì de loc.

Un fapt important asupra căruia autorii atrag atenţia e că mucoasa rectală n'a suferit în nici unul din cazurile tratate, vre-o modificare. Acţiunea razelor pare deci că se exercită, în mod exclusiv asupra ţăsutului glandular al prostatei.

După tratament bolnavii au senzaţii de tenesm vesical şi micţiuni frecuente. Resorbţia epiteliilor distruse ar puteà provocà fenomene generale şi autorii explică în felul acesta accesele uşoare de angor pectoris şi sensaţia de slăbiciune, observată la 3 bolnavi. Toate aceste fenomene sunt însă de foarte scurtă durată.

Succesul acestei terapeutici a fost rapid şi complect.

In unul din cazuri, unde anuria durà de 3 săptămâni şi erà tratată prin cateterizmul uretral, dejà după 9 zile dela aplicarea razelor, micţiunea s'a putut face spontaneu şi prin palpaţie prostata diminuase mult. Efectele razelor Röntgen în tratamentul ipertrofiei sunt manifeste, mai cu deosebire în cazurile mai recente, în cari modificările secundare ale băşicei, formarea de trabecule şi diverticule, paralizia musculaturii şi cistita lipsesc.

S. IRIMESCU.

Luigi Munaron. Experimenti di cura fatti con la paratiroidina. *Il policlinico* sp. f. 31. In urma rezultatelor excelente obţinute de prof. Vassale prin tratamentul eclampsiei cu extrasul de glande paratiroide, M. a încercat acelaşi produs în 3 cazuri de guşă însoţită de accese convulsive repetându-se mai multe ori pe zi şi în 3 cazuri de epilepsie. La 2 din cele 3 cazuri de guşă a observat numai o diminuare a acceselor în al treilea disparitia complectă, după 2 luni de tratament. Dar în câte 3 cazuri accesele reapăreau câtva timp după încetarea tratamentului. In 2 cazuri de epilepsie s'a modificat în mod persistent şi starea psihică a bolnavilor şi numărul şi intensitatea acceselor.

M.

G. Vassale. Il trattamento dell'eclampsia con la paratiroidina. (*Il policlinico*, S. p. 12. 1905. *Societ. medico-chirurgică* de Modena).

Prof. Vassale a extras din glandele paratiroide un principiu activ, pe care îl numeşte paratiroidină sau paratiroantitoxină. A încercat această paratiroidină în 3 cazuri de eclampsie. Efectul paratiroidinei în contra acceselor de eclampsie este surprinzător. A experimentat acelaşi produs într'un caz de tetanie la un copil cu acelaşi succes imediat. In 3 cazuri de epilepsie nu a obţinut rezultat satisfăcător de cât într'un singur caz. Paratiroidina prof. Vassale se prepară şi se vinde în Institutul seroterapic din Milan.

M.

MICROBIOLOGIA ŞI ANATOMIE PATOLOGICĂ

Forster u. Kayser. Ueber das Vorkommen von Typhusbazillen in der Galle von Typhuskranken u. Typhusbazillenträgern. (Asupra prezenţei bacililor tifici în bila tificilor şi purtătorilor de bacili tifici) (*Münchener med. Wochenschrift.* 1905. August 1, No. 31 pag. 1473—1477).

E un fapt cunoscut că foarte des persoane, care nu prezintă nici un simptom de maladie au bacili tifici în materiile lor fecale. Purtătorii aceştia de bacili tifici snnt cei cari trăesc în apropierea bolnavilor de febră tifoidă sau cei cari au avut această afecţiune anterior cu luni sau ani înainte.

Locul unde bacilii se află în corp şi de unde sunt eliminaţi nu e încă bine precizat.

Bacilii nu provin însă din intestin, unde ar fi introduşi cu apa sau materiile alimentare, de oare ce în experienţele făcute de Forster şi Stewart, bacilii introduşi pe cale bucală nu se multiplică în intestin ci dispar repede. Pe urmă în cazul când microorganismele ar proveni din intestin, cum se întâmplă cu vibrionii cholerici, eliminarea lor ar fi continuă; la purtătorii însă de bacili tifici, eliminarea se face neregulat, câte odată în cantităţi mari, altă dată în cantităţi foarte mici sau chiar de loc.

Provenienţa bacililor tifici trebue să fie deci alta.

Cercetările lui Franz Blumenthal arătaseră că în bilă şi în calculii biliari, în cazurile examinate, în urma operaţiilor, se află dese ori bacili tifici şi paratifici, fără chiar ca bolnavii să fi avut vreodată febră tifoidă.

F. şi K. au examinat bacteriologiceşte la Strassburg bila cadavrelor autopsiate în ultimul timp.

In 2 cazuri de litiază biliară, ei au găsit bacili tifiici în bilă. In bila din 7 cazuri de febră tifoidă bacilii tifici existau de asemenea în cultură pură.

Autorii au injectat în vâna urechei la epure, cantităţi variabile 0.5—6 mgr. din cultura pe agar de bacili, emulsionată în apă fiziologică.

In câteva cazuri, în aceste experienţe, chiar atunci când bacilii nu existau în sânge sau urină, ei au putut fi găsiţi în bilă.

La 3 bolnavi cari eliminau bacili tifici, examinaţi de autori, s'au găsit semne de litiază biliară.

In cazurile examinate de **Blumenthal**, existau de asemenea bacili nu numai în bilă şi în calculele biliare dar şi în materiile fecale. După operaţie bacilii au dispărut din materiile fecale.

Din toate aceste fapte, rezultă că purtătorii de bacili tifici au bacili mai cu seamă în vezicula biliară.

Intr'o febră tifoidă anterioară ei au avut probabil o angiocholită sau o cholecystită, care poate să evolueze fără simptome aparente, în 90°/₀ din cazuri, fără icter, după **Riedel**. Alţii au putut aveà forme uşoare ambulatorii de febră tifoidă în care totuşi angiocholita a existat.

O serie de autori a găsit bacilii tifici în bilă ani întregi după febra tifoidă. Cel mai lung interval a fost de 20 ani (**Hunner-Writer**).

Existenţa bacililor tifici în bilă, face şi mai dificilă, desinfectarea radicală a materiilor fecale la purtătorii de bacili tifici, de oare ce bila e greu de desinfectat şi prin ea se elimină continuu bacili în intestin. Autorii au încercat bactericidia bilei animalelor imunizate contra febrei tifoide. In vitro ea a fost nulă.

Rămâne numai să se trateze litiaza biliară. O operaţie chirurgicală înlăturând calculele, cari sunt deseori separate prin straturi capilare de lichid unde bacilii se pot găsì în cantităţi, e o măsură prea radicală, cu atât mai mult că deseori calculele nu dau nici un simptom, S. IRIMESCU.

B. Gosio. Indicatoren des Bakterienlebens u. ihre praktische Bedeutung. (Substanţele indicatoare ale vieţei bacteriilor şi importanţa lor practică). (*Zeitschrift f. Hygiene.* Bd. LI, 1 H. 1905, Iulie, pag. 65—126). Intrebuinţarea de seruri şi vaccinuri (bacili omorâţi) care nu sunt absolut sterile poate să provoace accidente, uneori foarte grave. E încă în amintirea tuturor, cazul institutului bacteriologic din Milan, care dase în întrebuinţare un ser difteric conţinând bacili tetanici, de unde numeroase accidente în urma injecţiunii sale. E important deci de ştiut dacă în seruri sau vaccinuri se mai află încă bacili în viaţă pentru a le puteà evità în cazul acesta utilizarea. Intrebuinţarea de antiseptice pentru sterilizarea serurilor sau vaccinurilor, (fenol 0.5°/₀) poate cel mult să împiedice desvoltarea germenilor, nu însă să-i distrugă complect, aşà încât nu oferă nici o garanţie că nu pot da loc la accidente.

Prepararea aseptică a serurilor, cum se face în institutele din Paris, Berna, etc. deşi mult mai sigură, nu pune la adăpost de contagionări accidentale.

Trebue căutat un mijloc, care foarte uşor să permită să se spună dacă flacoanele cari conţin ser sunt sau nu sterile.

Teluritele şi selenitele alcaline pot fi întrebuinţate ca mijloace de recunoaştere a vieţei bacteriilor, de oarece sunt descompuse şi transformate în produse de reducţie, — telur şi selen metalic -- în corpul chiar al bacteriilor, care se pigmentează în negru cu teluritul, în roşiu cu selenitul.

Teluritele — mai cu seamă teluritul de potasiu — sunt mai avantagioase, de oarece sunt mai stabile, și culoarea neagră obținută prin reducerea lor se distinge foarte ușor.

Gosio a experimentat acțiunea reductoare a teluritului de potasiu față de 181 microorganisme de tot felul, germenii din aer, speciile patogene (microbii pyogeni, bacilul tetanic, bacilul pestei, microbii cei mai de temut, cari s'ar puteà găsì accidental la animalele producătoare de ser, bacilul morvei, al cărbunelui, streptococul adenitei cailor) cu rezultate totdeauna pozitive.

Pentru ca această substanță să poată servi ca indicator, e nevoe de condiții de dezvoltare favorabile microbilor. Față de spori sau de microbi cu viață latentă, teluritul dă rezultate puțin sigure.

Sensibilitatea reacțiunei e în raport cu cantitatea teluritului întrebuințat și a bacteriilor cu care vine în contact.

Doza reactivului nu trebue să depășească oare cari limite de oare ce microbii ar puteà fi omorâți. Cum însă cantitatea necesară pentru producerea reacțiunii e foarte mică, microbii nu suferă nici o alterație în viabilitatea lor și reducerea teluritului e foarte visibilă. Nu toate mediile de cultură sunt egal de favorabile pentru producerea reacțiunei; ea apare evidentă în bulion și lapte; în alte medii conținând albumină, cum sunt serurile, ea suferă oare cari întârzieri din cauză că se produc după toate probabilitățile combinații cari sunt mai greu atacate de bacterii.

Adaosul unei mici cantități de zahăr augmentează sensibilitatea reacțiunii, de oare ce pe deoparte se produce un mediu mai favorabil desvoltării bacteriilor și pe de alta iau naștere produse de fermentație, cari măresc proprietățile bacteriilor de a reduce sărurile de telur. Cantitățile de zahăr (sacharoză) necesare sunt de 0,5—1 gr. %.

Energia cu care microoganismele atacă teluritul de potasiu e variabilă; unele cum e stafilococul piogen auriu au o acțiune foarte energică; altele cum sunt bacilii tetanici, o acțiune mai slabă.

In general însă toate bacteriile posedă proprietatea de a descompune teluritul și de a da o coloare neagră vizibilă cu ochiul liber.

Acțiunea cea mai energică asupra teluritului e exercitată de germenii care se găsesc de obiceiu în aer, așà în cât teluritul e foarte indicat ca să pună în evidență impuritățile datorite acestor germeni. Bacili morți pot rămâne în contact cu teluritul fără să-l descompună. Când însă contactul e prelungit mai multe zile (14 –15 zile) câteva microorganizme cum e bacilul tific pot produce o coloare cenușie, care însă diferă cu totul de coloarea neagră produsă de bacilii vii. Alte microrganisme moarte (vibrionul choleric, bacilul pestei) chiar după un contact prelungit, nu produc această reducere.

Teluritul de potasiu poate deci servì ca indicator pentru sterilitatea serurilor și vaccinurilor (choleri, pestos) utilizate în injecții la om.

Atunci când nu apare culoarea neagră datorită reducerii teluritului e o probă suficientă că nu conțin microbi vii.

Pentru ca teluritul să provoace reacțiunea indicată, e nevoe de un timp care variază între 1—5 zile.

Prezența teluritului nu schimbă întru nimic proprietățile specifice ale serurilor și vaccinurilor.

O cantitate mai mare de telurit introdusă prin injecţie, ar puteà fi periculoasă. Pentru a servì însă de reactiv cantităţile de felurit sunt aşà de micì, încât sunt absolut fără nici un efect vătămător:

Teluritul dă rezultate pozitive ca indicator în proporţie de 1 : 150.000 şi chiar 1 : 200.000.

La animale (maimuţe, câini, epuri, cobai) injecţia de 5—10 cc. dintr'o soluţie 1: 50.000 sau chiar 1: 25.000 provoacă uşoare fenomene locale, care dispar repede.

Teluritul de potasiu îşi păstrează luni întregi în serurile unde e introdus proprietăţile sale chimice intacte aşà încât poate servì la descoperirea impurităţilor timp îndelungat.

Producerea reacţiunei poate fi datorită, în anumite împrejurări, altor cauze, decât intervenţiei bacteriilor (prezenţa de substanţe chimice avide de oxigen, încălzirea, acţiunea prelungită a unor temperaturi ridicate, vidul, etc.) Circumstanţele acestea se întâlnesc greu în condiţiile în cari se conservă serurile şi vaccinurile, aşà încât nu ating întru nimic valoarea teluritului ca indicator.

Evident că atunci când se întrebuinţează teluritul ca indicator, antiseptice ca fenolul etc., nu pot fi introduse de oare ce împedicând desvoltarea bacteriilor nu permit reducţia sărurilor de telur. S. Irimescu.

Edmund Hocke. Ueber die aggressine und immunisatorische Wirkung von Staphylokokenexsudaten. (Asupra agresinelor din exudatele de stafilococi şi asupra acţiunii lor imunisatrice). *(Zeitschrift f. Hyg* Bd. L. H. 3, 1905, p. 541—551). Stafilococul e cel mai indicat, pentru studiul lysinelor sau agresinelor (Bail), de oarece acest microb produce mai mult decât ori care altul o substanţă, cu acţiune toxică asupra leucocitelor, leucocidina (Van de Velde).

H. a studiat mai întâiu acţiunea agresivă a exsudatelor produse de stafilococ şi în al doilea rând dacă se pot imunizà animalele contra acestei acţiuni.

Dacă un exsudat stafilococic posedă proprietăţi agresine, o doză de stafilococ indiferentă, injectată împreună cu exsudatul trebue se fie transformată într'o doză mortală. Intr'adevăr, prin injecţia simultană a stafilococului şi a exsudatului pleural, moartea animalului e grăbită. Cum o acţiune identică nu poate fi obţinută după injecţia cu exsudatele simple produse de aleuronat, acţiunea agresină a exsudatului, trebue să provină dela stafilococi cari produc o agresină în sensul dat de Bail acestei substanţe.

Cu exsudate peritoneale rezultatele sunt identice.

H. a imunizat iepuri contra stafilococilor prin injecţii repetate de exsudat conţinând agresine. Exsudatul e injectat sub piele (1 c. c.) în repetate rânduri. Iepurii sunt imunizaţi în felul acesta contra dozei de stafilococ, de 8 ori mortală.

După injecţia intravenoasă de agresină se obţine la epure un ser care apără animalele contra unei singure doze mortale de stafilococi.

S. Irimescu.

Kister u. Schumacher. Untersuchung von pestverdächtigen. Ratten aus in Hamburg eingelaufenen Schiffen (Cercetarea de şoareci suspecţi de pestă) Lucrare a institutului de igienă din Hamburg. (*Zeitschrift f. Hygiene.* Bd, LI. H. 2, Iulie 1905, p. 126--172). In institutul de igienă din Hamburg se cercetează încă din 1899, şoarecii morţi pe vapoarele, cari sosesc din porturi contaminate sau suspecte.

Până în 1905 au fost cercetate, un foarte mare număr, de cadavre de şoareci (1537). Autorii dau rezultatul cercetărilor anatomopatologice şi bacteriologice, făcute asupra pestei, cu ocazia examinării cadavrelor de şoareci.

In ceea ce priveşte importanţa pe care o au aceste cadavre pentru răspândirea pestei, în experienţele făcute, alimentând şoareci cu cadavre de alţi şoareci morţi de pestă, numai un număr oarecare din ei mor infectaţi (45—50%). — In experienţele făcute în serie alimentându-se cu cadavrul celui de al doilea şoarece mort infectat un al 3-lea şoarece şi aşà mai încolo, dejà al 3-lea şoarece aşà infectat nu mai moare. Microscopiceşte şi prin culturi se poate demonstrà că numărul bacteriilor devine din ce în ce mai mic cu cât se face o serie de experienţe mai lungi.

Prin alimentarea repetată cu cadavre de şoareci morţi, animalele capătă o oarecare imunitate. Intr'un caz un şoarece care se alimentase de 5 ori cu cadavre de şoareci pestoşi a suportat o întreagă cultură de bacili pestoşi, din cari $^1/_4$ oesă la un şoarece normal a provocat moartea în 4 zile.

Rezultă deci că şoarecii posedă o oarecare rezistenţă faţă de bacteriile pestei şi că prin urmare răspândirea pestei printre şoareci, prin consumarea cadavrelor lor nu e aşa de ilimitată cât se crede în general.

Transmiterea pestei prin insecte—purici, ploşniţe—dela un şoarice pestos la altul, susţinută de Simond, Gauthier şi Rayboud n'a fost constatată în experienţele făcute cu multă îngrijire de K. şi S. ceea ce confirmă de altminteri opinia majorităţii autorilor în această privinţă.

In materiile fecale şi în urina şoarecilor pestoşi, se găsesc bacili. Autorii au făcut cercetări, dacă mărfurile cari au venit în contact cu urina sau materiile fecale ale şoaricilor se contaminează şi dacă pot servì la transmiterea pestei.

Din 65 experienţe în care şoarecii, se alimentau cu porumb contagionat cu materii fecale şi urină de şoareci pestcşi, K. şi S. n'au avut decât un singur rezultat pozitiv.

Porumbul în cazul acesta cu rezultate pozitive, erà ţinut însă umed şi infecţia sa erà recentă, ceea ce nu se întâmplă de obiceiu în condiţiile obişnuite; pe urmă în depozitele de porumb sub influenţa luminei şi temperaturii bacilii sunt împedicaţi în viabilitatea lor.

Rezultă deci că transmiterea prin mărfuri contagionate ca şi prin insecte e extrem de rară, aşà în cât pentru transmiterea pestei printre şoareci, cadavrele şoarecilor pestoşi sunt factorul cel mai important. Şoarecii de altminteri contrariu aserţiunilor unor autori, sunt foarte amatori de cadavrele semenilor lor, chiar când aceste cadavre au intrat în putrefacţie uşoară.

In ceea ce priveşte diagnosticul pestei la cadavrele putrefiate de şoareci, autorii au făcut un număr de cercetări.

In general se poate constatà, după cum arătase deja Otto, că bacteriile pestoase rămân virulente timp de 2 luni, în cadavrele şoarecilor.

Chestia importantă de stabilit e întru cât putrefacţia schimbă tabloul macroscopic şi microscopic al alteraţiilor provocate de pestă la şoarici, aşa în cât se poate da naştere la erori de diagnostic.

Pentru poliţia sanitară a porturilor un diagnostic trebue facut repede, de oarece pentru un vapor cu şoareci morţi, sosind dintr'un port contaminat, trebue hotărît, dacă măsuri de desinfecţie trebue luate sau dacă descărcarea mărfurilor se poate face imediat.

Timpul cât se găsesc bacili în cadavre de şoareci variază după temperatura exterioară: 93 zile între 5°—12°, 5 zile numai între 30—35°.

Autorii au făcut experienţe cu cadavre de şoareci pestoşi ţinute să se putrefieze la temperatura de 19—20°.

Dejà un grad uşor de putrefacţie, provoacă modificări macroscopice.

Congestia ţesutului subcutanat nu se mai vede decât în primele 5—10 zile ale putrefacţiei. Augmentarea ganglionilor limfatici, a splinei şi ficatului durează aproape tot atât timp.

Leziunile pestoase tipice din splină, ficat, plămâni, nu se mai recunosc însă foarte curând după ce putrefacţia a început.

Plăcile intestinale augmentate de volum sunt mult timp vizibile, dar nu sunt caracteristice, de oarece în cazul când nu sunt hemoragice, pot fi datorite altor afecţii însoţite de cataruri intestinale (în cazurile de intoxicaţie cu fosfor, se văd plăci galbene proeminente identice cu plăcile necrotice din pestă).

Microscopiceşte alături de bacteriile de putrefacţie, se văd bacilii pestoşi cu corpusculii lor polari, în plămâni şi în ganglioni timp îndelungat după moarte; în splină şi în ficat un timp mult mai scurt.

Sunt însă o serie de bacili aparţinând grupului coli şi de bacili ai putrefacţiei cari seamănă foarte mult cu bacilii pestoşi, prezintând până şi corpusculi polari tipici. Gramul chiar nu permite să-ii diferenţieze. Prin urmare când nu e vorba de cadavre recente, nu se pot trage concluzii numai din examenul microscopic asupra existenţei sau absenţei pestei. Culturile pe gelatină şi agar nu dau nici ele rezultate sigure. E nevoe de experimentat pe animale. La 10°, după 37 zile de putrefacţie rezultatele sunt pozitive prin injecţia la animale. La 20° însă, dejà după 11 zile rezultatele pozitive sunt rari.

In ceeace priveşte modul de inoculare la animale, autorii injectează o emulsiune în 2 c. c. apă sterilă din organul pestos (din care se ia o porţiune de mărimea unui bob de mazăre). Emulsia e introdusă într'o pungă subcutanată.

Cobaii sucombă în 2—11 zile; şoarecii în 3—15 zile.

Intr'un ultim capitol autorii arată că nici unul din mijloacele întrebuinţate pentru distrugerea şoarecilor pe vapoare nu împiedică pe cadavre diagnosticul pestei.

Pentru desinfectarea vapoarelor conţinând şoareci morţi de pestă K şi S. după experienţe numeroase, recomandă laptele de var 4%.

Se pulverizează laptele de var peste tot pe unde au fost şoareci pestoşi, se lasă astfel 3 ore, se pulverizează apoi din nou aceeaşi soluţie de lapte de var şi se lasă alte 24 ore.

Experienţele făcute în laborator, arată că modul acesta de desinfectare, distruge complect toţi bacilii pestoşi.

S. IRIMESCU.

I. Kokawa. Studien über experimentelle Bacillen-Pneumonie. (Studii asupra pneumoniei experimentale cu pneumo-bacilul Friedländer). *(Zeitschrift f. Hyg* Bd. L. H. 3. 1905, p g 364—380). Autorul a studiat în institutul dela Leipzig, sub direcţiunea profesorului Marchand, 9 cazuri de pneumonie, la om, în cari bacilii incapsulaţi erau unicul agent cauzal.

Experimental el a stabilit la cobai că infecţia se face prin căile respiratoare şi nu pe cale sanguină, aşà încât şi la om în majoritatea cazurilor infecţia trebue să fie aerogenă.

Bacilii incapsulaţi numai în cazul când sunt foarte virulenţi sau în cantitate mare provoacă singuri inflamaţii pulmonare. Altfel e nevoe de cauze predispozante, ca traume, răceli.

Modificările istologice datorite bacilului lui Friedländer se caracterizează prin abondenţa exsudatului mucoid şi prin umflarea şi vacuolizarea elementelor celulare din exsudat.

S. IRIMESCU.

Bayon. Hypophysis, Epiphysis und peripherische Nerven bei einem Fall von Cretinismus. *Nerologisches Centralblatt* No. 4. 1905. Studiul istologic al ipofizei, epifizei şi nervilor periferici într'un caz de cretinism. Colorând ipofiza normală cu amestecul lui Biondi-Ehrlich-Heidenhein se disting trei feluri de celule colorându-se respectiv în roşu închis, roşu deschis şi verde palid. Autorul admite în consecinţă cu Benda existenţa a trei varietăţi de celule. 1) Cromofile cu granulaţii acidofile. 2) Cromofile cu granulaţii amfofile. 3) Cromofobe fără granulaţii.

In capul cretinului celulele cu granulaţiuni acidofile sunt mai numeroase ca în starea normală. De asemenea coloidul e mărit şi unele vezicule au dimensiunile de 500 μ şi păreţii constituiţi dintr'un rând de celule cu foarte puţină protoplasmă şi cu un nucleu bine păstrat, amintind astfel veziculele tiroidiene dilatate. Septele conjunctive sunt mult mai groase ca de obiceiu. Nu există semne de metamorfoze regresive sau de modificări ale coloidului. Lipsesc însă alteraţiunile atrofice întâlnite de Ponfick, în ipofiza cazului sau de mixedem. Epifiza amintià pe aceea a copiilor. Nervii periferici nu prezentau leziuni importante.

C. PARHON.

F. Farmer, I. Moare and C. E. Walker. On the Behaviour of Leucocytes in Malignant Growths. (Asupra modului de a se comportà al leucocitelor în tumorile maligne). *(British med. Journal.* 1905, II August 12, pag. 314). Autorii descriu modul de a se comportà al leucocitelor în carcinomele incipiente din diferite regiuni ale corpului.

Intr'un caz de carcinom al rectului, în celulele epiteliale în plină diviziune ei semnalează prezenţa de leucocite, în citoplasmă. In câteva din aceste celule se vedeau diviziuni mitotice (cariokinetice) şi ale celulei şi ale leucocitului. Fusurile kariokinetice erau câte odată separate, dar câte odată confundate între ele. Un amestec al chromosomelor nucleilor acestor 2 celule se poate produce în felul acesta, de unde o modificare profundă a constituţiei celulei. Autorii atrag la rândul lor atenţia asupra faptului dejà semnalat şi de alţii ca în cariokinezele obişnuite nuclei trec printr'o fază prealabilă de reducţie pe când în celulele tumorilor maligne reducţia aceasta nu există S. Irimescu.

R. Malatesta. Etude sur les altérations des ganglions nerveux du cœur dans la cholémie expérimentale. *(Arch. Méd. Expériment.* No 4, 1905). Autorul determină o cholemie experimentală prin legătura coledocului la iepuri şi apoi examinează cordul şi ganglionii prin metoda Nissl Lenhossek. Constată cromatoliza periferică, colorabilitatea substanţei acromatice şi homogeneizarea nucleului. Aceleaşi alteraţiuni se constată însă şi în sistemul nervos central. Din această cauză autorul, în mod raţional nu face nici o corelaţiune între alteraţiunea acestor ganglioni şi bradicardie.

A. S.

François Moutier. Cancer primitif de la vésicule biliaire, avec propagation au foie. Perforation d'une poche biliaire enkystée dans l'épaisseur du mésocolon ascendant, poche prise pendant la vie et même à l'autopsie, pour une dilatation de la vésicule proprement dite. *(Arch. génér. de méd.* 8 Augus 1905. Bătrână de 70 ani, icter intens datând de 2 luni, dureri difuze în abdomen, dezgust de carne şi grăsime, slăbire progresivă, flebită a membrului inferior stâng, tremurătură abdominală dureroasă în partea inferioară şi la dreapta liniei indiane, fecale decolorate. La autopsie: cancer primitiv al visiculei biliare propagat la ficat prin contiguitate şi prin canalul hepatic. Pe de altă parte, ţesutul neoplazic a perforat o parte din vezicula biliară şi s'a format o pungă biliară închistată între foiţele mezocolonului ascendent şi a unei părţi din cel transvers. Lipsià bolnavei faza de cachecsie obişnuită în neoplasiile viscerale. In tot cazul perforaţia deşi rară, a fost citată şi astă dată în cursul neoplasmului şi se întovărăşeşte de cele mai multe ori de peritonită generalizată.

M. P. Ciucă.

S. Oberndorfer. Ueber Multiplizität von Tumoren. (Multiplicitatea tumorilor). *(Münch. med. Woch.* 1905, 1 August, No. 21). Din studiul său asupra multiplicităţii tumorilor sunt de reţinut consideraţiile în cari autorul intră asupra patogeniei tumorilor.

El vede în existenţa de tumori multiple de structură istologică identică, un argument în favoarea teoriei lui Cohnheim-Ribbert după care tumorile ar luà naştere din cauză că celulele schimbându-şi situaţia normală în corp, ar scăpà influenţelor care le regulamentează nutriţia şi s'ar dezvoltà astfel peste măsură.

Chondromele multiple din oase ar puteà proveni din celulele cartilaginoase care persistă în acest ţăsut.

Sarcocarcinomele s'ar puteà explicà prin faptul că sarcomul proliferând, ar separà celulele epiteliale cari ar produce tumoarea. Separarea de celule cononctive, printr'un fibrom, ar provocà desvoltarea unui sarcom. Așa s'ar explicà prezența de sarcome, alături de fibroadenome în aceeași tumoră mamară, sau în urma separărei de epitelii, de carcinome împreună cu fibroadenome.

S. Irimescu.

L. Pincus. **Zur Anatomie und Genese der Kopfnickergeschwulst des Neugeborenen.** (Contribuțiuni la studiul anatomiei și genezei tumorilor sterno-cleido-mastoidianului a noului născut. (*Zentr. f. Gynäkologie.* 20 Mai 1905). Tumorile, cari nu rareori se găsesc în sterno-cleido-mastoidianului noilor născuți, nu sunt datorite întotdeauna, cum e credința generală, unui traumatism (cel puțin apreciabil.)

Există cazuri destul de numeroase în cari s'a putut exclude o asemenea geneză. Bine înțeles, că nu e vorba de gomele sifilitice localizate în acelaș

Natura tumorilor din acele cazuri încă nu-i cunoscută până acum.

muschiu.

P. a făcut studiul istologic al unei asemenea tumori, găsite la un copil născut în prezintațiune craniană, facere efectuată în mod spontan (cum se relevează deseori în asemenea cazuri) și sucombat 14 zile după naștere de cholera infantilă. Fără semne de sifilis, părinții îndemni și ei. Examenul microscopic a decelat o miozită interstițială cronică fibroasă, fără nici o urmă de pigment hemoragic.

Trancu-Rainer.

S. B. Wolbach. **Intracellular fibrils in a malignant tumor of epithelial origin.** (Fibrilles intracellulaire, dans un cancer épithelial) *Journ. of. medic. Research*, L. XIII, Mai 1905. (După *Bulletin de l'Institut Pasteur*, Tome III, No. 15, 15 août 1905). Autorul a găsit într'un carcinom papilar a bășicei, fixat cu Zenker și colorat cu hematoxilină și acid fosfotungstic, niște fibrii intracelulare, foarte fine, neramificate.

Lipseau în celulele în mitoză și erau numeroase în celulele în stare de diviziune nucleară directă.

Nu le-a găsit nici într'o bășică sănătoasă și nici în partea sănătoasă a bășicei canceroase examinate.

Dr. Gorescu.

MEDICINĂ LEGALĂ

Wachholz și **Horoskiewici.** **De l'état du sang chez les noyés.** (*Arch. d'anthropologie crimin.* No. 136, 1905). W. și H. susțin că sângele în cazurile de moarte prin înecare rămâne lichid. Cea mai mare parte din autorii, cari au studiat această chestiune susțin contrariu, lucru pe care W. îl atribue technicei lor defectuoase. Freund, Haycraft și Carlier au arătat că sângele dintr'un vas nu coagulează dacă nu aderă de pereți sau dacă nu se introduce în vas un corp de care poate aderà. Introducerea unui obiect uns cu grăsime nu provoacă coagularea. De asemenea Strassmann a demonstrat că lichidul pericardic provoacă o coagulare foarte repede a sângelui. Bazați pe aceste două experiențe, ei nu au deschis cordul animalelor înecate, decât după ce scurgeau tot lichidul pericardic, spălau cavitatea cu apă.

şi secţionau muşchiul cardiac cu cuţitul uns de vaselină. Procedând astfel în 44 de cazuri, numai în 8 cazuri au găsit chiaguri (adică 18$^0/_0$, pe când cu practica obişnuită proporţia este de 60$^0/_0$). Mai sunt interesante următoarele concluziuni: Apa aspirată prin plămâni în timpul înecării, şi pătrunsă în vasele sanguine, are o acţiune favorabilă în menţinerea sângelui în stare lichidă, dar această acţiune este secundară. Temperatura apei, anestesia anterioară cu eter sau cloroform, nu au nici o influenţă asupra aglomeraţiunii sângelui după moarte. Puterea de coagulabilitate a sângelui lichid diminuă cu timpul M.

NEUROLOGIE ŞI PSICHIATRIE

G. Catòla. Ueber dem Bauchdeckanseflex bei Tabes dorsalis. (Asupra reflexului abdominal în Tabesul dorsal) *Neurologisches Centralblatt*. No. 1. 1905. Autorul examinează reflexul abdominal în 38 cazuri de tabes dorsal. Maladia dată într'un caz de 1 an în altul de 2, în altul de 3 ani, iar în celelalte debutul varià între 6 şi 40 ani. Refluxul erà viu în 9 cazuri (de 6 ori bilateral, de 3 ori milateral), normal în alte 9, dininuat în 6 cazuri, abolit de o singură parte într'un caz şi de ambele în 13 cazuri.

Din cercetările autorului nu reiese o relaţiune directă între vechimea boalei şi starea reflexului abdominal. In cazurile vechi dela 20 — 40 ani a găsit mai rar dispoziţiunea refluxului abdominal decât în cele relativ mai recente (dela 6—20 ani). Rezultatele acestea nu confirmă pe acelea ale lui Ostankow, după care reflexele cutanate ar fi abolite în cazurile vechi de tabes, căc în 42$^0/_0$ din cazurile lui Catola reflexul abdominal persistă normal sau exagerat. Cu atàt mai puţin cercetările autorului italian nu confirmă concluziunile lui Dinkler după care reflexul abdominal ar fi diminuat sau abolit in tabesul dorsal, căci că ocaziunea lucrării acì analizată absenţa reflexului abdominal n'a fost găsìtă decât în 48$^0/_0$. Exagerarea acestui reflex nu e de altfel numai apanagiul cazurilor recente de tabes. C. PARHON.

E. Dupré et **P. Pagniez. Myasthenie hypotonique mortelle.** *Nouvelle inconographie de la Salpêtrière*. No. 3, 1905. Boala debută în cazul acesta, la o femeie de aproape 30 de ani, în urma unei emoţiuni violentă survenită în a 8-a lună a unei sarcini, prin slăbiciune în membre şi sensaţiunea că membrele inferioare nu a mai susţinut 12 ore dnpă naştere, survenită la termen apar crize de eclampsie ce durează o noapte. In ultimul timp al sarcinei s'a constatat albuminurie, Sensaţiunea de oboseală profundă merge progresând. Cu toate acestea bolnava şi-a alăptat copilul, şi continuat cu mullă trudă meseria de croitoreasă timp de un an şi jumătate, după care intră la Salpêtriera, Faciesul cu trăsurile şterse şi fără relief aminteà pe al miopaticilor, Extremităţile erau cianozate şi reci Pulsul mic. Constipaţia moderată, Câteva simptome de enterită muco-membranoasă. Rinichiul drept coborît şi mobil. Urinele fără zahăr şi albumină sunt normale întru cât priveşte urea şi fosfatele. Nu există cefalalgie nici alte turburări obiective sau subiective de sensibilitate. Din contră, se constată o scădere însemnată a forţei musculare (20 la dreapta şi a doua probă 18; 22 şi apoi 15 la stânga forţa de presiune la dinamometru) cu epuizare repede.

Din cauza slăbiciunii foarte înaintate a forței musculare diferitele acte sunt împiedicate și bolnava se comportă în general ca o miopatică. Dacă e culcată, nu se poate sculà fără un sprijin. Fiind așezată pe sol se poate sculà în genuchi, dar nu se poate ridicà fără să se sprijine de ceva. Aceeași slăbiciune la nivelul mușchilor limbei mușchilor fonatori, masticatori etc. Bolnava nu poate strînge un deget introdus între dinții săi, atât de tare încât să producă durere. Se constată în plus o ipotonie marcată ca în tabes. Reacțiunile electrice nealterate După o ușoară ameliorare în urma repaosului în pat combinat cu izolarea, supra-alimentație și tratament arsenical, starea sa se înrăutățește din nou și bolnava sucombă brusc cu dispnee și slăbirea cordului cam la un an dela intrarea în serviciu. Necropsia arată un ficat puțin mărit, splina mare. Rinichii cântăresc la un loc 320 grame și nu par bolnavi. Corpul tiroid cântărește 20 grame, nu pare alterat. Aceeași integritate a capsulelor supra renale. Timusul persistă cântărind 8 grame dar contrariu cazurilor lui Laquer-Weigert, Hausermann, Hun-Bloomer și Streeter nu erà sediul nici unei tumori. Mușchii la microscop nu arată decât alterațiuni puțin însemnate, fibrele în special au volumul, forma și afinitățile tinctoriale normale. Pneumogastricul și frenicul sunt normali la microscop. Examenul sistemului nervos central cu metodele lui Nissl, Weigert, Marchi, nu arată nici leziuni celulare, nici alterațiuni fasciculare.

Cazul deși e foarte bine studiat, nu poate să ne spună nimic asupra naturei sindromului lui Erb.

C. PARHON.

Francesco Franceschi. Sul mecanismo patogenetico del riso et del pianto spastico e sulla funzione motoria del nucleo-lenticolare. (*Revista di patologia nervosa e mentale),* fasc. 6. 1905. Observațiunea anatomoclinică a unei bolnave care a prezentat o paralizie pseudobulbară din cele mai tipice cu anartrie, rîs și mai cu seamă plâns spasmodic. Interesul cazului rezidă mai ales în interpretarea simptomelor pe baza examenului anatomic. De acord cu majoritatea autorilor Franceschi admite că integritatea mai mult sau mai puțin complectă a stratului optic e necesară pentru producerea acestor turburări așà de curioase ale mimicei. Din contră, admite opiniunea lui Brissaud după care fibrele în raport cu mimica ce ar legà scoarța cu talamus ar trece prin segmentul anterior al capsulei interne care erà interesat în capul acesta. Autorul italian admite opiniunea lui Mingazzini după care râsul și plânsul spasmodic ar fi datorite leziunilor unor căi psihotalamice cari ar traversà nucleul lenticular. Intru cât privește chestiunea existenței unei căi comune pentru râs și plâns sau a două căi deosebite Franceschi înclină mai mult pentru prima opiniune făcând să se observe că în producerea râsului și plânsului spasmodic nu trebue să se piardă din vedere tonusul afectiv al bolnavului.

Pentru explicarea anartriei așà de pronunțate în cazul său, e dispus să admită pe lângă alterațiunea fasciculului geniculat care erà unilaterală, leziuni bilaterale a unei căi ipotetică încă și care ar străbate nucleul lenticular. Acest nucleu ar interveni cel înscris în mod activ în fenomenele motorii. Fibrele sale ar fi legate cu locus niger care ar trimite prelungiri cilindraxile în pedunculii cerebrali.

C. PARHON.

G. Marinesco. Lésions des neuro-fibrilles dans certains états pathologiques. *Journal de Neurologie,* No. 12, 1905. Studiul alteraţiunilor neurofibrilelor în mielite, meningite, ramolismente cerebrale şi acela al celulelor gigante din zona motrice în hemi şi paraplegii. Intr'un caz de mielită, cu forma de maladia lui Landry, leziunile neurofibrilelor în raport direct cu gradul inflamaţiunii, încep cu desintegraţiunea granuloasă urmată apoi de degenerescenţa granuloasă în care neurofibrilele sunt reduse la o stare de pulbere fină mai mult sau mai puţin colorabilă. Primul proces e reparabil, ultimul e foarte grav şi posibilitatea reparaţiunii e îndoelnică. Butonii terminali rezistă în genere mult mai bine decât neurofibrilele. Celulele cu fibrile negre rezistă mai bine decât cele cu fibrile roşii. Intr'un caz de meningită cerebrală leziunile sunt mai aparente în celulele corticale superficiale unde se vede desintegrarea şi chiar dispoziţia neurofibrilelor. Din contră în cele profunde neurofibrilele sunt indemne deşi cu Nissl apar în cromatoliză. Această discordanţă e datorită poate duratei prea scurte a boalei. In leziunile fasciculului piramidal în traectul său cerebral sau spinal există o dezintegraţiune a neurofibrilelor ce din celulele lui Betz poate merge până la dispariţiunea lor. Leziunile sunt cu atât mai întinse cu cât nucleul e mai excentric şi alteraţiunea fibrelor piramidale mai veche. In prelungiri fibrilele persistă mai mult decât în corpul celulei. Intr'un caz de ramolisment cerebral, a găsit în lobulul paracentral în vecinătatea zonei de ramoliţiune celule cu neurofibrilele îngroşate şi în stare de desintegraţiune granuloasă. In altele desintegraţiunea se vede numai în prelungiri, pe când fibrilele din corpul celulei sunt degenerate sau dispărute.

In leziunile fasciculului piramidal, când nucleul emigrează spre partea de sus a celulei, porţiunea subjacentă, prezintă alteraţiuni însemnate, pe când porţiunea din jurul nucleului şi prelungirea principală îşi păstrează relativ bine neurofibrilele. Când nucleul emigrează spre baza celulei, neurofibrilele sunt alterate în toată porţiunea suprajacentă.

C. PARHON.

G. Marinescu. Du role des excitations centripètes et centrifuges dans le fonctionnement et la nutrition des cellules nerveuses. (*Revue Neurologique.* No. 13. 1905). După ce autorul aminteşte atrofiile neurale secondare spre exemplu acelea ce survin în substanţa albă şi groasă în urma unei amputaţiuni (deasupra nivelului de origine a nervilor ridicaţi) şi explicaţiunea pe care a dat-o d-sa anume că pentru integritatea funcţiunilor trofice ale celulei nervoase e necesară continuitatea excitaţiunilor centripete, după ce aminteşte atrofia celulelor coarnelor anterioare consecutivă Emiplegiei cerebrale infantile reiă pe o scară mai întinsă şi cu oarecare variaţiuni experienţele de secţiune combinată a măduvei spinării şi a unui nerv periferic pe cari le-am făcut şi al căror rezultat l-am publicat împreună cu dr. Goldstein, (*Revue Neurologique.* No. 4 1905) şi destinate să pună în evidenţă mai cu seamă influenţa centrilor superior asupra fenomenelor trofice şi funcţionale ce se petrec în celulele subjacente (secţiunii măduvei) din coarnele anterioare. In general vorbind, rezultatele experienţelor domniei sale concordă destul de bine cu acelea obţinute de noi, căci după un mic număr de zile (3—4) se vede, la iepure, de partea secţiunei nervului o zonă de cromatoliză periferică sau mai bine de acromatoză periferică leziuni cari nu se pot asemănà de loc cu modificările minime şi nesigure cari ar existà la un animal de aceiaşi specie cu simpla secţiune a nervului. De asemenea rezultatele concordă asupra deosebirilor ce există în modul de a reacţionà al celulelor iepurelui şi ale câinelui în urma aceleiaşi experienţe.

Intru cât priveşte reparaţiunea celulelor bolnave au admis în general, că secţiunea măduvei împiedică reparaţiunea condamnând celulele la o atrofie probabil definitivă urmată de dispariţiunea celulei. Şi acì rezultatele d-lui Prof. Marinescu nu se depărtează prea mult de ale noastre. Relativ la iepure domnia-sa se exprimă în modul următor: „Ceea ce face gravitatea acestor leziuni în mersul lor ulterior, cel puţin la iepure, e incapacitatea, în care se găseşte celula nervoasă de a face faţă necesităţilor impuse de reformaţiunea elementelor cromatofile la periferia şi în centrul celulei. La câine, domnia-sa a găsit totuşi după 109 zile dela operaţiune fenomene de reparaţiune dar şi acestea sunt inferioare acelora ce s'ar observà la un animal cu simpla secţiune a nervului. Aşà încât nu ni se pare exagerat a susţine că şi în acest caz reparaţiunea e împedicată până la un punct. Atrofia celulelor e de altfel evidentă şi în acest caz precum reese din următoarele măsurători:

Volumul Celulelor de partea secţiunei nervului.

Celulele.	Nucleii.	Nucleolii.
1.282 μ × 858 μ	332 μ × 288 μ	82 μ × 82 μ

Volumul Celulelor de partea opusă.

Celulele.	Nucleii.	Nucleolii.
1.280 μ × 896 μ	346 μ × 316 μ	79 μ × 79 μ

Un fapt interesant stabilit de autor e că ablaţiunea zonei motrice corticale determină aceleaşi efecte ca şi secţiunea măduvei.

Intru cât priveşte reacţiunea precoce a celulelor în condiţiunile ce am indicat, domnia-sa crede că se datoreşte secţiunii măduvei, nu aceleia a cilindrului axil.

Pentru mai multe detalii a se vedeà originalul.

C. Parhon.

L. Merzbacher. Zur Biologie der Nervendegeneration. (Ergebnisse von Transplantationsversuchen). (Asupra biologiei degenerescenţei nervilor. Rezultatele cercetărilor de transplantaţiune). *Neurologisches Centralblatt,* No. 4. 1905. Autorul a excizat mici porţiuni din sciatic (5—10 m.m.) pe care le-a introdus între muşchii coapsei, fie la acelaş animal, fie la un altul de aceeaşi specie, fie în fine la un animal de specie diferită. Rezultatele sunt cu totul diferite în primele două cazuri de acelea din al 3-lea. Intr'adevăr pe când auto şi homotransplantaţiunea conduce la degenerescenţa nervului, din contră heterotransplantaţiunea conduce la necroza acestuia. Un alt rezultat foarte interesant al autorului e următorul : pe când la animalele cu sânge cald lucrurile se petrec precum am zis, la animalele cu sânge rece şi la cele în stare de hibernaţie degenerescenţa fragmentelor transplantate e împiedicată, căci se găsesc intacte după mai multe zile dela transplantaţie. Dacă însă acum se ţine broasca la etuvă la 27—30° se constată după 2—3 zile semne tipice de degenerescenţă. Acelaş lucru dacă nervul se trece mai întâi printr'o altă broască la temperatura obişnuită şi apoi se introduce într'o alta încălzită. *Ţesuturile în reci întreţin deci în starea latentă facultatea de a degenerà a fragmentelor nervoase. In ţesuturile animalelor ucise nervii transplantaţi încearcă un proces regresiv cu totul diferit de al degenerescenţei adevărate. Prezenţa acestui din urmă fenomen (degenerescenţa) ne arată că nervul e în stare să supravieţuiască..*

Terminând autorul se întreabă ce s'ar întâmplà cu fragmentele unui nerv de câine, spre exemplu, transplantate la un iepure tratat prealabil cu serul sanguin al primei specii. Până acum aceste cercetări, de sigur foarte interesante n'au fost întreprinse.

C Parhon.

Gustavo Modena. **Un caso di paralizia spastica famigliare.** (*Annali di neorologia.* Anno XXIII. fasc. 1—2). Paralizia spastică familiară nu e din fericire prea frecuentă. Tocmai din această cauză, poate, e puţin cunoscută. In lucrarea aceasta Modena raportează observaţiunea unui caz din cele mai tipice.

E vorba de o fată de 29 ani născută dintr'un tată alcoolic şi o mamă normală. Au fost 14 copii la părinţi. Prima şi ultima sarcină au fost gemelare. Bolnava studiată e din a 9-a sarcină.

Surorile sale eşite din a 6-a şi a 7-a sarcină au fost afectate de aceeaşi maladie. Debutul a fost în câte şi trele cazurile pe la etatea de 7—8 ani începând cu contractura în flexiune a degetului mic. Fenomenele spastice s'au exagerat în urmă coprinzând membrele superioare şi inferioare precum şi faţa. Reflexele tendinoase păreau scăzute în cazul acesta poate din cauza ankilozelor consecutive contractării. Unii muşchi reduşi de volum şi excitabilitatea electrică diminuată. debilitate psihică survenită după apariţiunea turburărilor motorii. Nu se poate preciză în acest caz etiologia manifestaţiunilor morbide. Nu există alt factor sigur decât alcoolismul tatălui. Sifilisul lipseşte aci cu probabilitate.

Faptul că maladia s'a manifestat la copiii eşiţi din 3 sarcini consecutive lasă să se presupună, că părinţii au fost atunci în condiţiuni speciale, de altfel ne determinate.

C. Parhon.

G. Modena et Siccardi. **Sul un caso di Miotonia.** *Rivista sperimentale di Freniatia.* Vol. XXXI. fasc. 2). Observaţiunea unui tânăr în vârstă de 17 ani, care prezintă fenomene miotonice cari amintesc maladia lui

Thomsen. De asemenea reacțiunile electrice sunt caracteristice. Ereditatea lipsește însă. Bolnavul mai prezintă un oarecare grad de atrofie musculară.

Examinând un fragment muscular ridicat prin ajutorul biopsiei, autorii constată o fibrilațiune longitudinală a fibrelor, prezența dicotoniilor în altele, vacuole și o proliferare nucleoasă însemnată. Pentru autorii acestei lucrări un complex simptomatic aproape ca acela din maladia lui Thomsen se poate întâlni în stările patologice cele mai variate. Intru cât privește patogenia miopatiei după ce discută explicațiunile date de diferiți autori Modena și Siccardi resping teoria miopatică admițând pentru miotonie o patogenie mixtă neuromiopatică. C. PARHON.

F. Raymond et **Max Egger.** Un cas d'ataxie vestibulaire. *Revue Neurologique* No. 12, 1905. Observațiunea unei bolnave care pe lângă turburări ce denotă o participare a perechilor a V-a, a VI-a, a VII-a, a VIII-a și a IX a din nervii cranieni prezintă un nistagmus orizontal și anumite turburări de equilibrație. Când bolnavul apropie călcâile partea de sus a corpului e cuprinsă de oscilațiuni cari se măresc când bolnava închide ochii, făcând-o să cadă. Căderea se face de obicei de partea dreaptă. Mersul e sacadat. Face 2—3 pași repezi înainte, apoi viteza mersului diminuă sau chiar bolnava retrogradează. Pașii sunt inegali și aritmici. Cu ochii închiși mersul e și mai neregulat și bolnava e supusă necontenit la lateropulsiuni ce o fac să cadă de partea dreaptă. Semnele asinergiei cerebeloase a lui Babius lipsesc. Pașii nu sunt mici, baza de susținere nu e mărită, trunchiul și capul nu sunt animate de tremurături în timpul mersului ca în afecțiunile cerebelului. Deci nu e o ataxie cerebeloasă.

O altă probă clinică traduce în cazul de față o leziune a aparatului labirintic. Când o persoană normală se află așezată pe un scaun ce se învârtește împrejurul unei axe fixe, aceasta are senzațiunea de învârtire în direcțiunea reală, iar în momentul când aparatul se învârtește i se pare că se învârtește în direcția opusă.

In cazul raportat de Raymond și Egger când scaunul se învârtià spre stânga, bolnava aveà conștiință de sensul în care se deplasà, din contră îi lipsià senzațiunea de invârtire în partea opusă în momentul opririi aparatului. Dacă acesta se învârtià spre dreapta bolnava n'aveà conștiința deplasării, i se păreà însă că se învârtește spre stânga în momentul încetării mișcării. Aceste probe arată aci o leziune a aparatului vestibular drept care întrerupe calea în traectul ei intrabulbar precum arată participarea celorlalți nervi cranieni. Autorii presupun o placă de scleroză.

C. PARHON.

v. Vitek. Ein neuer Reflex auf der Plantapedis. (Un nou reflex plantar). *Neurologisches Centrablatt* No. 9, 1905 In această comunicare prealabilă autorul atrage atențiunea asupra unui reflex plantar nedeschis până acum și care constă într'o ușoară flexiune plantară a piciorului în urma percuțiunei teritoriului primului și celui de al 2-lea metatarsian. Reflexul acesta se găsește la cei mai mulți oameni normali. E exagerat în cazurile în care și celelalte reflexe tendinoase sunt astfel, ca în paraplegia spasmodică, scleroza în plăci precum şi în nevroze. Intr'un caz de pareză spastică a unui membru inferior de natură specifică şi într'un altul de prepareză spastică acută Vitek a observat în locul flexiunii o extensie a piciorului.

Faptul acesta nu se observă nici odată în stare normală.

Pentru căutarea reflexului e necesar ca piciorul să fie vertical pe planul patului şi muşchii relaxaţi. C. PARHON.

Pierre Bonnier. L'aschematie (*Revue Neurologique.* No. 12, 1905). Autorul descrie sub numele acesta „turburarea prin cari unele părţi din noi însine încetează de a figură în noţiunea pe care o avem de corpul nostru Când ele ţin prea mult loc avem *iperschematie;* prea puţin, *iposchematie*, un loc care nu e al lor propriu *paraschematie.*" Aceste turburări ale simţului spaţiului intervin în mod foarte însemnat în constituirea noţiunii personalităţii.

Fiecare percepţiune sensorială conţine pe lângă elementul sensorial specific noţiunea de localizare. Graţie tocmai acestei localizări raportăm percepţiunile la eul nostru şi astfel se constitue ideia complexă a personalităţii. Pentru Wernike şi Storch elementul care dublează fiecare impresiune sensorială e de natură musculară. Prin ajutorul muşchilor s'ar produce o adaptaţiune a organului sensorial la necesităţile momentului, iar percepţiunea complectă ar conţine în sine pe lângă elementul specific un element miopsihic. In locul acestui din urmă Bonnier substitue noţiunea de localizare în spaţiu. Când aceasta e alterată, bolnavul prezintă turburări interesante constând în impresiunea că lucrurile sau fiinţele din lumea din afară sunt vagi, incomplecte lipsite de realitate. Turburări analoage există când e vorba de *eul* propriu al bolnavului. Acestuia i se pare că membrele nu-i mai aparţin, nu mai ştie unde sunt sau că sunt peste măsură de mari sau din contră extrem de mici sau că se deplasează din locul lor etc.

Autorul citează mai multe cazuri clinice foarte demonstrative şi atribue tot acestor turburări ale simţului spaţiului cazul foarte interesant al lui Deny şi Camus pe care l-am analizat în numărul trecut.

C. PARHON.

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

H. Morestin. Réposition, plissement et modelage du pavillon de l'oreille. *(Arch. génér. de médecine* 8 August 1905. No. 32. Indepărtarea pavilionului de craniu, plisarea sau neplisarea normală a pavilionului sunt malformaţiuni corigibile printr'un procedeu operator pe cât de util pe atât de binefăcător. Autorul prezintă 3 cazuri operate: unul de îndepărtare a pavilionului cu plisare normală a pavilionului şi două numai cu îndepărtarea lui; toate urmate de succes. Procedeul operator în toate aceste 3 cazuri a constatat în injecţia unui lambou cutanat de pe faţa posterioară a pavilionului şi regiunea mastoidienă şi injecţia de lambouri fibro-cartilaginoase din pavilion după necesitate.

M. P. CIUCĂ.

Dr. Marcel Natier. Surdité et reéducation de l'oreille par les diapasons. *(Archives générales de médecine,* 1 August 1905, No. 31). Observația unei bolnave cu surditate unilaterală dreaptă în urma distrugerii complecte a timpanului, a cărei stare s'a ameliorat foarte mult în urma exercițiilor acustice cu ajutorul diapazoanelor, ameliorare care a mers crescând treptat timp de un an în urma încetării tratamentului. Conchide că dacă „restitutio ad integrum" a acuității auditive în cazurile de surditate e iluzorie, limitele succesului pot fi însă duse destul de departe, în cât să satisfacă pe pacient. M. P. Ciucă.

PATOLOGIE EXTERNĂ

Fioretti. La decapsulazione del rene nelle nefrite sperimentali da cromato d'ammonio. *(Il policlinico,* F. 32 1905). Decapsularea rinichiului în nefritele cronice fiind de curând intrată în practica chirurgicală, a căutat să examineze procesul, ce urmează decapsularea, în nefritele cronice experimentale. Ele provoacă leziuni renale cronice prin injecțiuni ipodermice de cromat de amoniu în doză de 1 cgm. pe zi, dat câte 5 zile de-a rândul. Injecțiunile sunt împiedicate și reluate la intervale egale.

Experiențele se grupează astfel:

1. Observarea formațiunii capsulei la câni sănătoși, decapsulați. La câini uciși la 7 zile după operație se observă ușoare alterațiuni în celulele renale corticale și un început de capsulă; la cei uciși după 30 zile, alterațiunile celulare dispărute, și capsula este întreit de groasă și foarte bogată în vase
2. Observarea leziunilor produse de cromatul de amoniu. După 25 de zile epiteliul cortical prezintă caractere necrotice, se găsesc cilindrii și glomerulii atrofiați. Alterațiunile sunt foarte accentuate în tot rinichiul după 75 zile.
3. Examenul leziunilor renale la câini intoxicați la care s'a făcut în urmă capsulotomia, operațiunea s'a făcut numai la un rinichi; celalt servind de comparație. In totdeauna leziuni necrotice mult mai puțin accentuate.
4. Animale decapsulate apoi intoxicate. La un câine ucis la 3 luni după operație, pe când rinichiul neoperat este foarte alterat, celalt rinichi bine conservat, capsula persistă groasă, neretractată, se observă foarte multe vase, comunicând în multe locuri cu ale rinichiului.

Autorul conchide că capsulotomia provoacă la început ușoare alterațiuni renale; țesutul perirenal formează în scurt timp o nouă capsulă, foarte bogată în vase, care nu prezintă cea mai mică tendință la retracțiune chiar după 3 luni.

In nefritele cronice provocate experimental, decapsularea rinichiului provoacă o ameliorațiune, prin neoformațiunea de vase și mărirea circulațiunii sanguine. M.

R. Saniter. Zur Desinfection der Bauchdecken. (Asupra dezinfecțiunii pereților abdominali. *(Zentr. f. Gyn.* 1 Iulie 1905, No. 26). Dezinfecția pereților abdominali în vederea laparotomielor, de multe ori e compromisă din cauza cutelor ombilicului, inaccesibile periei și agenților chimici. S. atrage atenția asupra practicei urmate in spitalele din Paris în asemenea cazuri şi care consistă în următorul lucru: se apucă cu o pensă Kocher partea cea mai adâncă a ombilicului, se exteriorizează, cu multă înlesnire, şi se face astfel accesibilă agenţilor dezinfectanţi. TRANCU-RAINER.

PATOLOGIE INTERNĂ

F. Curtius. **Ueber Meningitis cerebro-spinalis epidemica.** (Asupra meningitei cerebro-spinale epidemice). (*Medizinische Klinik I.* 1905, No. 31 şi 32). In lazaretul dela Königshütte, C. a putut observà de aproape 200 bolnavi de meningită cerebro-spinală.

Punctele cele mai importante din memoriul său sunt următoarele:

Incubaţia, pare de foarte scurtă durată. C. citează un caz, în care o zi numai după ce bolnavul fusese într'o casă în care locuiseră meningitici, boala s'a declarat.

In ceea ce priveşte febra, caracterul său intermitent e caracteristic pentru meningita cerebrospinală. Tipul de febră continuă e rar.

Herpesul nasal şi labial între a 2-a şi a 6-a zi a boalei e frecuent la adulţi. Exantemul absolut identic uneori, cu cel din pojar fiind dat pe de altă parte că în meningită, conjunctivita şi catarul pulmonar sunt frecuente, poate da loc la erori de diagnostic.

In formele prelungite între a 14-a şi 20-a zi, se observă o descuamaţie a pielei pe torace, abdomen şi gât.

La convalescenţi e caracteristic demersul lor spasmodic.

In ceea ce priveşte terapeutica puncţiile lombare repetate s'au arătat eficace. Injecţiile intrarachidiane de lysol 1%, de colargol (10 cc. din soluţia 1%) n'au dat nici un rezultat.

Metodele chirurgicale propuse de Kümmel (Hamburg) care a obţinut cu ele succese în 2 cazuri; divisiunea membranei atlanto-occipitale, trepanarea şi puncţiunea ventriculului lateral al creerului n'au dat decât ameliorări de scurtă durată în lazaretul dela Königshütte.

Extirparea amigdalei faringee, a cărui rol ca poartă de intrare a meningococului a fost dovedit de Westenhöffer, încercată în 8 cazuri n'a avut nici o influenţă asupra mersului maladiei, ceea ce nu era greu de prevăzut, din momentul ce infecţia erà deja făcută. Iodatul de sodiu, 5—8 gr. zilnic, a părut că dă oarecari rezultate, atenuând simptomele meningitice.

Cu Rhizominul, cu formamintul, rezultate negative. Chinina, administrată din cauza caracterului intermitent al febrei, n'a avut nici un efect.

Cu tot tratamentul făcut din 200 cazuri, 70% au sucombat.

Autorul explică cifra aceasta ridicată a mortalităţii prin cazurile grave tratate (94 dejà dela intrarea în lazaret erau în stare de comă).

S. IRIMESCU.

André Jousset. **Pathogénie de la leucémie myélogène.** (*Archiv. de Médec. Expérim.*, No. 4, 1905) Autorul, după ce face o scurtă consideraţiune asupra celor două teorii patogenice ale leucemiei, teoria parazitară şi teoria neoplazică (Bard), se declară partizan al teoriei parazitare şi dă chiar probe (nu tocmai evidente), favorabile acestei teorii: se ia sânge din vena mediană cu o siringă sterilizată prealabil, și o parte se însămânțează într'un balon 800 gr. de bulion, care trebue să rămâe steril, cea l'altă se injectează în peritoneul unuia sau mai mulți cobai. Când se injectează o cantitate de sânge mai mare, cobaiul moare intoxicat. Alte ori cobaiul către a 3—4 zi arată temperatura 39°—40°. Se sacrifică cobaiul înainte de moarte și se constată în peritoneu o serie de coco-bacili, cari se desvoltă destul de bine în bulion nu iau Gramul, nu liquefiază gelatina, aerob facultativ cu odoare caracteristică. Moare la 55°.

Deci o pasteureloză, pe care autorul a întâlnit-o la 4 bolnavi. Autorul nu-i consideră ca specific, dar adaogă că la leucemici nu-i specificitatea germenului, care trebuește incriminată, ci reacția terenului.

Experiențele autorului sunt pasibile de o obiecțiune capitală: în injecția intra-peritoneală foarte des se lezează intestinul. Coco-bacilul incriminat n'ar fi oare vre-un microb intestinal, cu atât mai mult cu cât eu însumi în alte experiențe am avut aceiași pățanie. A. S.

Pr. Boinet. De la méningite cérébro-spinale épidémique. *(Arch. génér. de méd.* 8 Aug. 905) Autorul aduce cinsprezece observațiuni personale de meningită cerebro-spinală epidemică, cazuri sporadice, majoritatea cu sfârșit letal. Caracteristic ca leziuni anatomo-patologice, infiltrația meningelor cu puroi la convexitatea și baza, scisura lui Silvius în majoritatea cazurilor liberă. Diplococul intracelular a lui Weichselbaum a fost agentul obișnuit, după Leyden și pneumococul intră cu 16%. Poarta de intrare nazală a meningococului indicată de Cuneo și Marc André, a fost comfirmată și de data aceasta; limfaticele pituitarei superioare comunicând cu cele sub-meningee.

M. P. CIUCĂ.

Vanstenberghe & Breton. La leucocytose digestive, sa valeur diagnostique. *(Arch. Médec. Exper.*, No. 4, 1905). Autorii, după ce fac o expunere a chestiunii: Nasse (1850), descoperitorul acestei leucocitoze, Müller (1890), care-i studiă valoarea diagnostică (dispare în cancerul stomacal, persistă în ulcer), Von Japha, un adversar care a arătat că există o variațiune zilnică a leucocitelor expun rezultatele lor: 1) există o leucocitoză post-digestivă la omul sănătos, constând din mononucleare, pe când variația zilnică constă din polinucleare; 2) Leucocitoza post-digestivă lipsește în tumorile gastrice și hepatice; 3) Această numerație are o valoare diagnostică (tumoare), cu atât mai mare, cu cât se constată o diminuare a numărului leucocitelor (post-pardium). A. S.

PEDIATRIE

Cardamatis. Contribution à l'étude des meningites chez l'enfant (contribuție la studiul meningitelor la copii) *(Arch. de Med. des Enf.* Iunie 1905). Acest memoriu e o amestecătură informă și fără rost de noțiuni etiologice neînțelese și de considerațiuni statistice privitoare la orașele grecești.

Autorul propune de a împărți meningitele în „cazuri benigne când lichidul cerebrospinal e limpede; cazuri grave când lichidul e turbure sau purulent“ (p. 325) astfel că după această clasificaţie meningitele tuberculoase devin cazuri benigne . . . . Restul memoriului e la acelaş nivel.

De reţinut numai că după statisticele prezentate (privitoare la oraşele greceşti) meningita *tuberculoasă* se observă mai cu seamă *în primul an*.

Meningitele acute se observă şi ele de preferinţă în perioada de alăptare. Această afirmaţie se explică prin faptul că autorul, care susţine până la extrem părerea că fenomenele de meningism nu sunt altceva decât meningite, bagă în grupul meningitelor toate manifestările centrale (contrarii etc.) din prima copilărie.

De unde concluzia că „forma cea mai frecuentă a meningitelor e forma benignă“. DR. GRIGORE IACOBSON.

Ad. Czerny (Breslau) **Die Exsudative Diathese** (Diateza exsudativă) *Iahrb. f. Kinderh.* Ianuarie 1905. Autorul dă acest nume unui grup de manifestaţiuni cari i s'au părut după observaţia clinică, în oare-care relaţii unele cu altele. — Diateza exsudativă cuprinde aproximativ acele manifestaţiuni ale vechei scrofule cari se consideră astăzi ca *nefiind* tuberculoase (catarele mucoaselor, eczema, prurigo etc.).

Se va găsì în numărul prezent al *Revistei Ştiinţelor Medicale* o revistă generală asupra *scrofulei* unde părerile profesorului Czerny sunt expuse mai pe lung. Voi adăogă numai câte-va cuvinte asupra tratamentului E. D. trei elemente influenţează mai cu seamă resoluţia diatezei exsudative:

1) Modul de alimentare;
2) Starea sistemului nervos;
3) Afecţiunile intercurente.

Aceste 3 elemente pot fi modificate de medic până la un oare care punct reducându-se astfel la un minimum manifestările diatezei:

1) *Alimentaţia.* In principiu ori ce regim de îngrăşare agravează starea bolnavilor; ori ce regim care nu tinde la îngrăşare îi ameliorează. — Un regim defectuos prin cantitate sau calitate are o influenţă nefastă asupra bolnavilor nu numai în prezent dar chiar într'un viitor depărtat, şi corectarea unui astfel de regim nu se va puteà traduce prin ameliorarea stării copiilor decât după un timp une-ori îndelungat.

Un regim defectuos prin abundenţa alimentelor se poate uşor corectă.

Relativ la calitatea regimului, iată pe scurt părerile autorului:

a) La copii cu E. D. după al 2-lea an, se recomandă ca foarte favorabil un *regim mai cu seamă vegetarian* dar cu adăogare de *mici cantităţi de lapte şi de carne; ouăle sunt alimentul cel mai defavorabil care se poate da copiilor atinşi de E. D.* — Pe lângă ouăle mai sunt contraindicate *grăsimele laptelui: puţin lapte* ($^1/_4$ până la $^1/_2$ litru pe zi), de loc smântână, puţin unt; asemenea *puţin zahăr*: nu se va da mâncări dulci, nici compoturi, ci fructe crude.

b) La copii până la 2 ani aplicarea acestor principii e mai grea de oare ce laptele trebue să constitue partea esenţială a alimentării. — Se va da cantitatea suficientă de lapte pentru ca copilul să prospere fără însă a se îngrașă prea mult. De aspectul copilului. și nu de greutatea lui trebue să ne ocupăm. Când cu toată dieta îngrășarea e prea intensă, trebue dejà în al 2-lea an să limităm cantitatea de lapte, înlocuind acest aliment prin supă și zarzavaturi,

2) *Asupra stării sistemului nervos* medicul poate aveà o influență importantă.—El trebue să ție seamă de starea psichică a acestor copii foarte suggestionabili cari sunt supuşi din partea părinților la o supravegiere exagerată, fiind considerați ca bolnavi ei servesc de experiențe pentru efectele așà ziselor medicamente întăritoare și producătoare de sânge..... Un copil care se crede în permanență bolnav va fi fatalmente iritabil.

Medicul va cere dela părinți ca să nu îndoape pe copii cu medicamente d.almintrelea cu totul inutile și să se ferească de a vorbi în prezența lor de aspectul lor bolnăvicios sau de starea funcțiunelor lor corporale. Nu trebue ca copii să se creadă bolnavi.

Autorul insistă încă asupra necesității ca copii să nu fie prea des în compania adulților ci să se joace cu alți copii *de aceeiași vârstă* și aceasta nu într'un mod excepțional, ceea ce îi excită, dar în toate zilele, într'un mod obișnuit.

3) Ca *profilaxia în contra infecțiunelor intercurente* Czerny cere pe lângă alimentația convenabilă și ca copiii să fie ținuți pe cât se poate într'un aer curat, mai cu seamă seara. La copii debili e bine de a povățuì și cure de iarnă, în climate calde, unde copilul poate să profite mai bine de aerul liber

În fine autorul mai insistă și pentru alungarea de lângă copii a bonelor și jupîneselor cari au o predispoziție la angine, bronșite, coryze etc. pentru a evità contagiunea.

Ideile Prof. Czerny mai cu seamă în ceea ce privește alimentarea sunt, cum se poate vedeà, absolut diferente și chiar contrarii părerilor clasice. Trebue însă ca să ținem bine seamă de concepția scrofulei a prof. Czerny (expusă în revista sus citată) și mai cu seamă de faptul că *prin definiție* această scrofulă nu are nici o legătură cu tuberculoza.

DOCTOR GRIGORE JACOBSON.

Ad. Czerny. (Breslau). **Zur Kenntnis der exsudativen Diathese.** (Studii asupra diatezei exsudative). (*Monatschr.* f. *Kinderh.* Aprilie 1905). In această lucrare, prima dintr'o serie care va apare în urmă, Czerny își propune de à examinà cu deamănuntul unele din manifestările Diatezei exsudative schițate de dânsul în Iahrbuch. f. Kind. Ian. 1905.

Autorul studiază astă dată o categorie specială de copii cari cu toate că sug un lapte abundent și nu prezintă turburări digestive, rămân stationari ca greutate sau se desvoltă foarte rău. Această stare e cauza că se procedează adeseori la multiple schimbări de doici; practică care pare sancționată câte odată prin faptul că copilul la un moment dat începe a prosperà cu o doică anume. Dar cel care are răbdarea de a așteptà, va notà la un moment dat acelaș rezultat favorabil fără nici o schimbare de doică.

Dacă se ia zilnic temperatura acestor copii, se notează foarte des; la câte và zile interval, mici ridicări de temperatură. In acelaşi timp se observă unei ori o faringită catarală cu o uşoară adenopatie mai cu seamă la ceafă. E vorba de mici infecţiuni caracteristice ale Diatezei exsudative.

Dacă aceşti copii sunt supuşi la o alimentare artificială săracă în grăsimi sau la o alimentare mixtă, greutatea corporală începe imediat a creşte, cea ce face pe unii medici să prefere în aceste cazuri alimentarea artificială.

Această părere este cu totul greşită. Alimentarea de preferat pentru aceşti copii rămâne cea naturală cu toate neajunsurile ei de oarece augmentaţiunile de greutate nu sunt un lucru de căutat la aceşti copii, manifestările diatezei exsudative fiind mult mai întinsă şi mai grave la copiii graşi.

Cu toate acestea la astfel de copii trebue recomandat mai mult decât la copii normali de a începe cu supa: chiar dela 4 luni se poate înlocui o sugere printr'o supă de orez, griş sau alt idrat de carbon. Cauza acestei lipse de progresări a copiilor o vede autorul într'un viţiu congenital în asimilarea grăsimilor laptelui de femee.

Există alte cazuri în cari copiii progresează încă mai rău, dar cauza diferă ea trebuie căutată în infecţiuni multiple ale mucoaselor (coyza, bronşită, faringita, etc., cari caracterizează diateza exsudativă. Şi în aceste cazuri e de preferat alimentarea *naturală*.

Formele cele mai grave ale *D. E.* se observă însă la copiii graşi, la cei cari se îngraşă într'un mod exagerat cu o alimentaţie uneori foarte limitată.

Aceşti copii nu diferă în realitate de cei slabi: dacă căutăm a-i alimentà artificial, presintă asemenea o intoleranţă pentru grăsimile laptelui. Diferenţa constă numai în aptitudinea de a *fixà* grăsimele.

Ingrăşarea copiilor atinşi de *E. D* trebuie evitată cu orce preţ, limitând sugerile şi începând foarte de vreme cu o supă cu hidraţi de carbon a cărei valoare calorifică e inferioară unei sugeri. Dacă nu se evită îngrăşarea se vor observà manifestările grave, uneori chiar mortale ale D. E.

DR. GRIGORE JACOBSON.

Decherf. Traitement des gastro enterite aigües et chroniques chez les enfants par le babeurre. (Tratamentul gastro enteritelor acute şi cronice cu lapte bătut fiert) *Arch. de Med. des Enf.* Ianuarie 1905. D-rul Decherf (din Tourcoing) a întrebuinţat laptele bătut fiert (după formula de preparaţie a lui Teixeira de Mattos) la un mare număr de copii atinşi de gastroenterite (colera infantil, gastroenterite acute grave febrile, gastroenterite acute obişnuite, gastroenterite cronice).

La toţi bolnavii rezultatele obţinute au fost excelente: în cazurile în cari regimele şi medicamentele, chiar dieta idrică n'au dat nici un rezultat, laptele bătut a determinat, fără alt ajutor, într'un timp foarte scurt o schimbare radicală din punctul de vedere local şi general.

Laptele bătut fiert nu e numai un medicament aproape specific în aceste cazuri, dar şi un *aliment*, astfel că acest mod de tratament poate fi întrebuinţat un timp mai îndelungat fără teamă de a slăbi copilul.

Când bolnavul pare vindecat, trecerea la alimentaţia cu lapte trebue făcută într'un mod progresiv, alternând la început laptele cu babeurrul. Unii copii, la fiecare încercare de reîntoarcere la lapte au o reşută astfel că alimentarea cu lapte bătut trebue continuată un timp mai lung şi uneori e imposibil de a reveni la lapte : se va compune atunci un regim din babeurre şi făinoase.

Babeurrul trebue să fie *proaspăt* şi *preparat foarte curat* astfel că e preferabil de a nu-l cumpără din comerţ ci de a-l prepară acasă *cu lapte* acrit. Unele insuccese nu au altă cauză decât modul murdar de manipulaţie.

Rezultatele d-lui Decherf sunt foarte încurajătoare şi ne arată că în unele enterite babeurrul reuşeşte admirabil. Dar nu trebue să generalizăm : Gernsheim şi alţii n'au obţinut în *infecţiuni gastrointestinale acute* decât rezutltate nule sau chiar rele. Rămâne dar de determinat cari sunt formele unde babeurrul răuşeşte.

Nu sunt de loc de părerea autorului când afirmă că e un aliment foarte uşor de preparat. Cred din contra, din experienţa mea proprie că preparaţia babeurului e foarte minuţioasă şi că acest aliment nici nu trebue ordonat în clasele infericare neobişnuite cu manipulările curate, mai necesare aici decât cu alt mod de alimentaţie.

DOCTOR GRIGORE IACOBSON.

Iulius Gròsz. Ernährungsversuche mit szekelys kindermilch, insbesondere bei kranken säuglingen (Incercări de alimente cu laptele lui Szekely, în particular la sugacii bolnavi). *Arch. f. Kinderh.* Vol, 41, p. 1). Laptele lui Szekely e un lapte în care, (pentru a i se apropià compoziţia de cea a laptelui de femee) s'a precipitat o parte din caseină prin acid carbonic, în anume condiţiuni. Gròsz a încercat efectul acestui lapte maternizat asupra 22 sugaci, în majoritate atinşi de turburări gastrointestinale. Vârsta copiilor a variat între 2 săptămâni şi 4½ luni, unii au primit acest mod de alimentare timp de 5 luni. Rezultatele au fost excelente. Toţi copiii s'au restabilit augmentând în greutate. Autorul consideră laptele lui Szekely ca un progres important în chestiunea alimentării artificiale.

DOCTOR GRIGORE JACOBSON

Laits modifiés (Revistă generală) *Arch. de Med. des Enf.* Iunie 1905. Sub influenţa lui Morgan Rotch (Boston) se întrebuinţează în America pentru alăptarea artificială lăpturi modificate prin manipulări chimice complexe în laboratorii anume (milk laboratory).

Chimiştii servindu-se de smântână, lapte fără grăsime, zahăr de lapte, apă de var, apă fiartă, decocţie de cereale, fac diferite combinaţii după prescripţiile medicale astfel că se poate obţine un lapte modificat adaptat la facultăţile digestive fiecărui copil sănătos sau bolnav.

DR. GRIGORE IACOBSON.

Leuret. Etude sur la Pathăgènie de l'ictère des nouveaunes (Studiu patogenic asupra icterului nouilor născuţi). *Arch. de med. des Enf.* Martie 1905.—Autorul combate teoria astăzi clasică despre natura bilifeică a Icterului nouilor născuţi, şi susţine vechia teorie hemafeică a lui Gütler modificată.

In serul sanguin nici odată Leuret n'a putut dovedì reacţiunea lui Gmelin. Dar a notat faptele următoare:

a) In perioada *preicterică* serul conţine în soluţie o mare proporţie de hemoglobină: e vorbă de un adevărat laquaj.

b) In perioada icterică serul e *galben*, dar pigmentul galben nu e un pigment biliar.

c) In perioada *preicterică* urinele sunt foarte colorate în galben roşiu şi pe urmă în galben. In *perioda icterică*, pigmentele dispar şi apare leucosuria. Nici odată nu se constață pigmenţi biliari în urine.

d) *Cliniceşte* în perioada preicterică se notează o coloare *roşiatică* (lie-de-vin) a tegumentelor care e înlocuită treptat cu coloarea icterică.

e) Scaunele rămân tot timpul colorate, pulsul rămâne normal, şi în casurile autopsiate nu s'a găsit bilă în nici o humoare a organismului.

Phenomenul primordial pare a fi o răcire a organismului (35°—36°) favorizată de o rea apărare a noului născut contra frigului.

Al douilea fenomen este laquajul sângelui (poate chiar produs de răcire); tegumentele se colorează în roşu şi urinele se încarcă cu pigmenţi, fosfor şi azot. Din reacţiunele încercate reese că e vorba de pigmenţi urohematici derivând din materiile colorante ale sângelui. Leuret admite că se produce în rinichi un proces de reducţiune pentru a transformà pigmentul sângelui în pigmenţii urinari. Fosfaturia şi azoturia provin din distrugerea nucleo-albuminelor, în particular a lucocytelor.

Pigmentul galben al perioadei *icterice* rezultă din reducerea hemoglobine solvite in ser, la contactul ţesuturilor. Acest pigment galben se elimineazà progresiv prin urine.

DR. GRIGORE JACOBSON.

Moussons et Cruchet. Sur une forme clinique des paralysies dela coqueluche. (Despre o formă clinică a paraliziilor tusei convulsive). *Arch. de Med. des Enf.* Ianuarie 1905.—Casurile de paralizie de origină periferică consecutive, tusei convulsive sunt excepţionale (numai 4 observaţii anterioare).

In cazul de faţă e vorba de un copil *rachitic* de 2 ani $^1/_2$ care în urma tusei convulsive a prezentat fenomene de *afasie*, precum şi paresii accentuate generalizate, predominante la membre (reactia. de degenerescenţa a unor grupe musculare), vindecare după vr'o 8 luni.

Autorul invoacă o dublă patogenie: centrală pentru explicarea afasiei, periferică pentru paresii.

Singura obiecţie ce s'ar puteà face este că *Hagenbach-Bürckhrdt* a descris fenomene praetice asemănătoare în rachitism.

DR. GRIGORE JACOBSON.

Ambrosio Mori. Les parésies primitives de l'intestin des nourrissons et les cerébropathies congenitales. (Pareziile primitive ale intestinului sugaciului şi cerebropatiile congenitale) *Arch. de Med. des Enf.* Iulie 1905. Autorul descrie o parezie intestinală primitivă sub dependinţa unei *cerebropatii congenitale.* — Sugacii sufer de o *constipaţie foarte* *tenace*, rebelă la mijloacele terapeutice obişnuite, şi nici odată întreruptă prin periode diareice.

Diagnosticul se face prin excluderea cauzelor obişnuite de constipaţie: malformaţii intestinale, cauze dietetice, compresiuni prin constatarea de fenomene de meningism temporal şi mai cu seamă (când acest semn există) prin prezenţa unei *microcefalii*, care e mai totdeauna secundară unei malformaţiuni cogenitale a sistemului nervos.

Prognosticul trebue foarte rezervat. Hydroterapia, electricitatea şi masagiul pot une ori ameliorà starea bolnavilor. Dr. Grigore Iacobson.

Neubauer. Kehlkopfpapillome bei Kindern u. deren Behandlung (Papillome ale laringelui la copii şi tratamentul lor). *Arch. f. Kind.* Vol. 41, p. 21.— Papiloamele nu sunt rare la copii; se pot observà şi copii cari se nasc cu papiloame. Lucrul trebueşte cunoscut pentru a evità de a lăsà copiii să ajungă până la asphyxie cum se întâmplă prea des. Simptomele funcţionale depind de *sediu* şi de mărimea tumoarei. Ele consistă în afonie şi accidente asfixice. In caz de bănuială trebueşte examinat laringele cu laryngoscopul. Autorul insistă asupra tecnica acestei explorări la copii mici şi asupra tratamentului operator preferând metoda endolaryngec după procedeul lui Löri. Doctor Gr. Jacobson.

Porak et Durante. Infections ombilicales du nouveau-né. (Infecţiuni ombilicale ale noului născut) *Arch. de Med. des Enf.* August 1905. Autorii se ocupă numai de infecţiunile ombilicale ale noului născut, lăsând la o parte infecţiile intra-uterine. După un istoric şi o enumeraţie a cauzelor predisponzante şi determinante (microbi) ei împărţesc infecţiunile în:

1) Infecţiuni ale cordonului.
2) Infecţiuni ale regiunii ombilicale înainte sau după căderea cordonului.
3) Infecţiuni ale vaselor ombilicale (în momentul naşterii, pe timpul eliminării cordonului sau după căderea lui).

Printre *simptomele generale* autorul citează: *a)* febra *b)* fenomenele gastro-intestinale *c) uterul*, căruia îi atribuesc o foarte mare importanţă, considerându-l semnul capital a unei septicemii sau intoxicaţiuni cu punct de plecare ombilical, *d) scăderea în greutate* prelungită şi excesivă, *e) o bruscă augmentaţie în greutate* ne justificată prin îmbunătăţirea stării generale, semn foarte grav, care precede adeseaori moartea (Durante, 1898) *f) erupţii pemfigoïde* şi *erytheme generalizate, g) edemul sus pubian.*

Ca *forme anatomo-clinice* autorii descrie:

1) Infecţia şi putrefacţia cordonului, 2) exsudaţiunile seropurulente şi emofagice 3) bugeonarea ombilicului şi fongusul, 4) limfangita, 5) erisipelul cordonului 6) omfatita 7) flegmonul ombilicului, 8) abcesele dea lungul vaselor ombilicale până la ficat 9) septicemia ombilicală (moarte subită, uter infecţios, bronchopneumonia, pericardită, penitonită, meningită....). Septicemia poate fi supraacută fără localizare sau mai puţin fulgerătoare şi interesând mai cu seamă unele aparate (ficat, cord, plămâni etc.) alte ori e vorbă de localizări purulente în diferite organe, mai adeseaori de leziuni

hepatice (noduli infecţioşi, hepatite, degenerescente celulare), cari se traduc prin icter bronzat sau fenomen de insuficienţă hepatică mai mult sau mai puţin grave, 10) tetanosul nouilor născuţi,

Urmează *diagnosticul*, *prognosticul* şi consideraţiunile *terapeutice* şi *profilactice* cari se înţeleg de sine. Memoriul se termină printr'un index bibliografic bogat.

In rezumat, bună punere la punct. Dr. Grigore Iacobson.

Rocaz. Diphterie primitive de l'amygdale pharyngie (Difteria primitivă a amigdalei faringee). *Arch. de med. des enf.*—Autorul studiază localizarea primitivă a difteriei pe amigdala faringeie. Această localizare nu e aşà de rară cum s'ar crede, de oarece Rocaz a putut observà 10 cazuri.

E vorba totdeauna de copiii purtători de vegetaţii adenoide. Difteria poate să se instaleze fie fără traumatism aparent, fie (mai rar) pe plaga consecutivă ablaţiuni vegetaţiunilor.

Simptomele sunt cele a unei adenoïdite acute (coriza, astuparea nasului otalgie, surditate, adenopatie cervicală etc.) *Simptomele generale:* febră, paloare, stare generală rea. Pentru a face diagnosticul, trebue să ne gândim la afecţiune şi să facem o îmsămânţare din nasofaringe.

De obiceiu, această localizare rămâne ignorată până când se arată o falşă membrană în regiunea accesibilă ochiului, dar atunci afecţiunea datează dejà de câteva zile.

Profilaxia constă în a face însămânţări din gură înaintea operaţiunilor pentru vegetaţii şi antisepsia sistematică a gurei câteva zile înainte de operaţie.

Tratamentul constă în injecţie de ser antidifteric în doze mari, şi irigaţiuni a gurei.

Această localizare a difteriei e foarte gravă, poate fiind că rămâne de obiceiu nediagnosticată şi prin urmare ne tratată la început; complicaţiunile sunt asemenea grave: *otite* catarale sau purulente, mastoïdite.

Dr. Grigore Jacobson.

PROCEDEE TECHNICE

O. Müller. Ueber den Nachweis von Typhusbacillen in Trinkwasser mittels chemischer Fällungsmethoden, insbesondere durch Fällung mit Eisenoxychlorid. (Constatarea bacililor tifici în apa de băut cu ajutorul mijloacelor de precipitare chimică, mai cu deosebire prin precipitare cu oxychlorur de fer). *(Zeitschrift f. Hyg.* Bd. LI. 1 H. Iulie 1905, pag. 1—17). Autorul după ce a experimentat în institutul de higienă dela Jena, diferitele procedee de precipitare chimică a bacililor tifici în apă cu metodele lui Vallet, Schüder, Ficker, Feistmantel recomandă procedeul următor, care i-a dat rezultate foarte bune.

La 3 litri din apa de examinat, se adaugă 5 c. c. de licoare de oxychlorur de fer (Liquor ferri oxychlorati). O alcalinizare a apei nu e necesară, sărurile de calce cari se află în apa de fântână sau de puţ, fiind suficiente pentru asta.

Totuşi, apa trebue să conţină o cantitate oarecare de calce. In apă distilată chiar cu cantităţi mari de oxiclorur nu se obţine o precipitare. Apa se introduce în cilindre mari de sticlă. După ce se adaugă oxiclorurul se amestecă bine cu o baghetă de sticlă, se lasă apoi să se depună precipitatul în timp de o oră, se decantează apa cu precauţie şi precipitatul se filtrează. După $^1/_4$—$^1/_2$ oră filtraţia e terminată. Filtratul se însămânţează direct cu o spatulă de sticlă pe mediul lui Drigalski. Cu ajutorul acestei metode 88,8% din microbii introduşi în apa de examinat pot fi regăsiţi pe mediile însămânţate.

S. Irimescu.

A. Trillat et **Turchet.** **Etude sur un nouveau procédé de recherche de l'ammoniaque et des sels ammoniacaux applicable à la caractérisation des eaux potables.** *Ann. Inst. Pasteur*, t. XIX 25 avril 1905. Prin acţiunea clorurului de Iod, asupra amoniacului, se formează instantaneu Iodurul de Azot, care comunică apei o coloraţie neagră intensă. Bazaţi pe această reacţiune, autorii se servesc de ea, pentru a caracterizà prezenţa cantităţilor mici de amoniac, într'un lichid, adăogându-i câte-và picături dintr'o soluţie de Iodur de Potasiu şi apoi o soluţie întinsă de un ipoclorit alcalin.

Soluţiunile apoase de protoclorur sau de triclorur de iod dau aceeaşi reacţiune.

Precipitatul de Iodur de Azot e solubil în acid clorhidric; de aceea trebue să întrebuinţăm un ipoclorit alcalin şi să neutralizăm lichidul prealabil. De asemenea e solubil acest precipitat în prezenţa excesului de reactivi.

Acest procedeu sensibil, 1 p. 500 000, permiţându-ne prin comparaţiunea cu soluţiuni titrate, de a face evaluaţiuni calorimetrice, poate servì la căutarea amoniacului în apele potabile.

Această reacţiune, prezintă asupra acelora a lui Nessler, avantajul că nu-i influenţată prin prezenţa acidului carbonic, a sărurilor calcare, a idrogenului sulfurat sau sulfuri alcaline, a materiilor albuminoide.

Dr. Gorescu.

REVISTE ŞI PUBLICAŢIUNI ROMÂNE

IGIENĂ ŞI TERAPEUTICĂ

St. Florian. **Contribuţiuni la studiul opoterapiei tiroidiene.** *Teză.* Bucureşti 1905. O frumoasă şi voluminoasă lucrare conţinând 244 pag. şi 11 fotografii de bolnavi. Autorul ne dă în ea starea actuală a opoterapiei tiroidiene Studiul începe printr'o privire relativă la anatomia aparatului tiroparatiroidian la om şi la animale. După aceea expune în scurt fiziologia acestor glande. Un important capitol se referă la relaţiunile corpului tiroid cu celelalte glande cu secreţiune internă. Din studiile făcute până acum reiese că există raporturi de sinergie între corpul tiroid pe de oparte timus, ipofiză, ficat, rinichi, glanda mamară pe de altă. Intre corpul tiroid şi testicule ar există atât raporturi de sinergie cât și relațiuni antagoniste. Aceste relațiuni ar fi aproape numai antagoniste între corpul tiroid pe de o parte, ovare și pancrea pe de alta. Intru cât privește raporturile corpului tiroid cu glandele paratiroide se poate spune că ambele intervin în elaborațiunea iodului funcțiunile lor sunt însă diferite glanda tiroidă având o acțiune trofică pe când cea paratiroidă e mai degrabă antitoxică. Patru capitole sunt consacrate istoricului opoterapiei tiroidiene, farmacologiei, acțiunii fiziologice și farmacodinamice a acestui prețios și puternic agent terapeutic. Trecând la partea aplicată arată efectele admirabile ale tratamentului tiroidian în mixedeme dând o foarte demonstrativă observațiune a unui caz al d-lui Prof. Obregia.

Intr'o altă observațiune se vede efectul remarcabil produs asupra creșterei într'un caz de infantilism heredo-sifilitic. In fracturile cu întârziere de consolidare, în obezitate (două observațiuni) tratamentul acesta dă asemenea foarte des rezultate foarte satisfăcătoare. In migrena oftalmică de asemenea a dat rezultatele satisfăcătoare. Vom atrage în special atențiunea asupra efectelor admirabile ale opoterapiei tiroidiane în boalele prin încetinirea nutrițiunii reumatismul cronic și guta. Medicii practici vor trebuì să rețină acest tratament, căci toate celelalte par a-i fi inferioare.

Acelaș lucru se poate zice pentru eclampsie unde tratamentul tiroidan a dat rezultate superioare tuturor celorlalte, exceptând poate pe cel paratiroidian. Vom mai notà efectele surprinzătoare obținute numai prin terapia tiroidiană într'un caz de nefrită cronică. Cazul e mai mult decât, interesant căci el și altele asemănătoare, arată că nu trebue să trecem cu vederea insuficiența sau alterațiunea posibilă a unor glande ca factor etiologic al turburărilor altora. In fine autorul mai notează efectele obținute in câteva cazuri de maladia lui Basedow cu serul animalelor tiroidectomizate cu care Lorand a obținut de asemenea rezultate foarte satisfăcătoare în mai multe cazuri de diabet.

Din partea mea recomand cetirea acestei lucrări acelora pe cari chestiunea îi interesează, fiind convins că le va fi de folos. C. Parhon.

NEUROLOGIE și PSICHIATRIE

S. Marbe-Cohen. Paranoia epileptică. *Analiză clinică și psihologică.* Observațiunea unui bolnav eșit dintr'un tată alcoolic și având un frate epileptic și care bolnav în urma unei stări maniace trecătoare prezintă la anumite intervale accese caracterizate mai cu seamă printr'un delir de persecuțiune sistematizat urmat de o stare de întunecare a conștiinței cu neliniște și teroare, uneori cu pierderea urinei și după care stare urmează un somn prelungit și amnezie. Aceste accese vin cu oarecare regularitate la 6 ale fiecărei luni. Bolnavul a mai avut în plus fenomene de dublă personalitate. Astfel după perioada de manie trecătoare pe care a străbătut-o a urmat o amnezie complectă a faptelor petrecute în acel timp pe care și le-a amintit însă foarte bine într'unul din accesele sale din timpul din urmă.

Autorul bazat pe analiza cazului conchide că e vorba de un bolnav ce prezintă accese de epilepsie psihică sub forma paranoică ca echivalenţi ai acceselor convulsive ce se observă în epilepsia comună. C. PARHON.

PATOLOGIE EXTERNĂ

Th. Ionescu. Cura radicală a herniilor inguinale, fără fire perdute. (*Rev. de Chirurgie*, No. 5, Mai 1905). Autorul a fost printre cei dintâi, cari au căutat un procedeu operator, în care firele perdute să fie înlocuite cu fire temporare. Acest procedeu comunicat în 1897 la congresul din Moscova, e descris şi ilustrat cu figuri în *Rev. de Chirurgie* din 1898, pag. 1. Până în 1899, o statistică a d-rului Cohn arată 60 cazuri operate până atunci în serviciul d-lui prof. dr. Th. Ionescu.

Paralel cu acest procedeu apreciat şi adoptat de mulţi ca foarte practic, alţi autori au adus şi ei câte un procedeu, având acelaş scop, sutura cu fire temporare, diferind întru câtva unele de altele. Însuşi autorul şi-a modificat procedeul, cu rezultate şi mai satisfăcătoare. Această modificare figurează în teza d-rului Bănică. Operaţia cuprinde 6 timpi, cari sunt descrişi în puţine cuvinte fiecare, şi însoţită de planşe foarte explicative.

Acest procedeu e superior tuturor celor-l'alte, căci: 1) nu se intrebuinţează decât un singur rând de fire de argint în număr de 2—3 cel mult; 2) Firele de argint aducând muşchiul micul oblic şi transversal, prinşi departe de marginea lor la arcada lui Falope, micşorează întinderea peretelui abdominal. Orificiul de eşire al cordonului e solid şi ne pune la adăpostul recidivelor; 3) Trecerea firelor făcându-se perpendicular pe direcţia fibrelor musculare, asigură rezistenţa şi siguranţa peretelui; 4) Ansele firelor de argint fiind profunde, ne pun la adăpostul infecţiunilor; 5) Alipirea perfectă şi pe o largă suprafaţă a muşchilor micul oblic şi transversal, cu arcada lui Falope, prin firele de argint pe de o parte şi consolidarea prin sutura superficială în care se cuprinde aponevroza marelui oblic, suprafeţele secţiunii musculare, ipoderm, pielea, produc o cicatrice solidă şi durabilă, care cuprinzând şi gâtul sacului, nu predispune la recidive; 6) Superioritatea procedeului constă şi în rapiditatea operaţiei (7—8 minute), prin rapiditatea vindecării (12—14 zile) şi siguranţa ei. Urmează apoi foarte pe scurt, enunţate mai mult, 241 cazuri operate prin acest procedeu, din cari 227 s'au vindecat prin prima intenţie, 14 s'au reunit prin a doua intenţie supurând, şi 5 sucombaţi, din cari 2 cu hernii strangulate. Rezultat tardiv foarte bun în vre-o 10 cazuri ce s'au putut urmări. V. GRADINESCU.

PATOLOGIE INTERNĂ

Adolf Vexler. (Scrofula veche şi scrofula de astăzi) (*Teză din Busureşti* Iunie 1905). Această teză ar fi putut fi excelentă. Ea cuprinde indicaţiuni bibliografice foarte complecte (autorul a uitat de a menţionă că mai toată bibliografia germană i-a fost furnisată de mine). Dacă d-l Vexler s'ar fi mărginit de a face o revistă critică, aveà la dispoziţie elemente mai mult decât suficiente pentru a produce o lucrare interesantă. Dar preocupaţia sa capitală a fost de a-şi expune vederile personale şi pentru aceasta şi-a împărţit teza în capitole cari se pretează foarte puţin la o expunere clară. Aşa autorul divide studiul scrofulei moderne în 4 capitole: *a)* simptomatologie, *b)* raporturile dintre scrofulă şi tuberculosă, *c)* rolul terenului în scrofulă, *d)* rolul infecţiunilor în scrofulă.

Acest plan îl obligă de a fragmentà părerile autorilor moderni, astfel că pentru cititor e aproape imposibil de a reconstitui opinia fiecăruia, aceste opinii compunând mai totdeauna un *tot* care nu se poate disocià.

Pe de altă parte expunerea diferitelor teorii este incomplectă mai totdeauna şi une ori autorul insistă asupra unor detalii pe când neglijează părţile principale: expunerea vederilor lui Biedert (p. 44) e cu totul neinteligibilă.

Concepţia lui Cornet publicată într'o carte de peste 200 pagine şi care face autoritate în Germania, e relatată într'un mod cu totul insuficient şi fără măcar ca D-l Vexler să insiste asupra particularităţii principale acestei concepţii: păstrarea scrofulei vechi.

Despre *diateza exsudativă*, D-l Vexler zice că descripţia lui Czerny e destul de transparentă ca să vedem printr'ânsa limpede conturul scrofulei» ceea ce nu erà greu de ghicit de oare ce într'un memoriu anterior, Czerny descrie aceiaşi diateză sub numele de *scrofuloză.*

Rolul capital atribuit de Czerny unui proces endogen (infecţiunile fiind considerate ca o complicaţie, ce nu este nici de cum fatală) nu e pus în evidenţă şi d'abia l'ar puteà ghicì cineva cunoscând dejà părerile lui Czerny, etc etc. Pe lângă aceste lipsuri capitale, se găseşte în teza D-lui Vexler un etalaj fenomenal de ştiinţă caracterizat printr'o adevărată ploaie de nume proprii de autori, dintre cari cea mai mare parte nici nu s'au ocupat vreo dată de scrofuloză.

D-l Vexler admite un *teren scrofulos* predispus la infecţii; numele de *scrofulă* îl aplică la acest teren *infectat* cu bacterii piogene. In alte cuvinte după această teorie se cuprinde în scrofulă numai forma piogenă a lui Cornet, adică ceea ce rămâne din vechia scrofulă după ce s'au extras manifestările tuberculoase.

Singura particularitate e că autorul dă o importanţă preponderentă infecţiunilor dobândite: Cu cât infecţiunile sunt mai frecuente, cu atât organizmul e mai predispus la infecţii ulterioare.

Rolul infecţiunilor în scrofulă nu e negat de nimeni, ele lucrează fie ca o cauză debilitantă generală, fie creând pe suprafeţele infectate locuri de minoris resistentiae, fie poate, prin secreţiuni de substanţe predispozante, cum lucrul a fost demonstrat de Rodet şi Courmont pentru stafilococ.

Dar, pe când mai toţi autorii dau infecţiunilor multiple un rol *secundar* în geneza scrofulei, D-l Vexler le dă un rol capital admiţând (fără probe că infecţiunile repetate sunt în stare de a creà scrofuloza chiar fără ajutorul predispoziţiunii congenitale.

Această scrofulă „de astăzi" nu creează nici o predispoziţie la tuberculoză şi ideile vechi despre relaţiunile între scrofulă şi tuberculoză, sunt «*superstiţii*».

Raportul excepţional stabilit între scrofula şi tuberculoza se sprijină pe o eroare de *observaţie* şi de *logică* (p. 89). E o mare fericire pentru secolul al XX-lea că d-l Adolf Vexler, apostolul scrofulei „modern style" a putut spulberà această superstiţie.

Doctor Grigore Iacobson.

Anul I. No. 5. (Septembrie 1905) Volumul I.

REVISTA

ȘTIINȚELOR MEDICALE

Dr. A. Slatineanu.

ETIOLOGIA GRIPEI

In ședința societății medicale a Spitalelor din Paris, în ziua de 24 Februarie 1905, d-nii Bezançon și Israëls de Jong au prezintat rezultatul cercetărilor bacteriologice făcute cu ocazia epidemiei de gripă din Noembrie 1904 până în Februarie 1905. Autorii sus citați au examinat sputele la 25 de bolnavi (parte din oraș, parte din spitalele Boucicaut și Pitié). Sputele examinate au arătat pneumococi, streptococi și alți microbi banali printre cari însă micrococus catarrhalis (pseudo-gonococul) și un para-tetragen zoogleic (¹) izolat de autori, se arătau cu o deosebită frecuență. Lipsa complectă a microbului lui Pfeiffer.

Din acest examen bacteriologic autorii, bazați pe experiența lor și pe cercetările analoge făcute de Kretz și Sternberg în epidemia dela Viena, conchid: 1) Că microbul lui Pfeiffer nu e microbul specific al gripei; 2) Că în diversele epidemii se găsesc microbi predominanți diferiți, și că specia predominantă caracterizează geniul epidemic al momentului; 3) Că gripa, considerată până acum ca maladie specifică, nu ar trebuì să fie clasată printre afecțiunile catarale sezoniere, ci datorită exaltațiunii de virulență momentană a microbilor comensali din cavitatea buco-faringiană.

Aceste concluziuni, deșì nu erau noi arme, totuși au mare resunet. Nu erau noi, pentru că aceasta erà opiniunea dominantă înaintea descoperirei lui Pfeiffer. Bouchard, Netter,

---

(¹) Acest para-tetragen zoogleic pare a fi acelaș cu sarcina albă a plămânului, izolată în 1889 de Ménétrier.

Leyden, Friedrich, Babeş(1) Menétrier, au susţinut că oaspeţii obişnuiţi ai căilor respiratorii, exaltându-şi virulenţa, produc gripa. Kühn şi Weichselbaum formulară chiar concluzii identice cu ale lui Bezançon. Aşà în cât, la societatea spitalelor, când Ménétrier îşi văzù ideile de altă dată susţinute de colegul său mai tânăr, îşi expuse din nou părerea lui: „că gripa e un complex infecţios provocat de microbi comensali ai organismului, a căror virulenţă a fost mărită, probabil de condiţiunile cosmice (?) şi graţie acestei exaltări de virulenţă, aceiaşi microbi au devenit infectanţi şi contagioşi.“

Dar chiar după descoperirea lui Pfeiffer, Bezançon avusese un precursor, Rosenthal, care încă din 1900, într'o serie de articole şi în teza-i inaugurală susţinuse aceeaşi teorie. Mersese până acolo încât, negând meritul descoperitorului, îi schimbase numele coco-bacilului, pe care-l numià coco-bacilul hemofil. Demonstraţiunea lui Rosenthal nu erà mai solidă decât aceea a lui Bezançon, erà însă mai puţin abil prezentată şi de aceea avù şi un mai mic răsunet. In teza mea, avusesem dejà ocaziune de a demonstrà pe ce bază fragilă e aşezată teoria lui Rosenthal. Aşà de exemplu, citează un caz de pneumonie lobară, urmată de otită, care cliniceşte nu se prezintă ca o gripă, dar care la examenul bacteriologic ne arată pneumococ şi microbul lui Pfeiffer. In cazul acesta Rosenthal nu ezită de a spune că clinica are dreptate şi bacteriologia greşeşte. Citează apoi încă 4 cazuri: bronchită, broncho-pneumonie, şi 2 pneumonii, dintre cari una la un alcoolic, care fusese provocate, cele două dintâi de enterococul lui Thiercelin, cele 2 din urmă de pneumococ şi le arată că nu sunt gripale. Dar şi noi ne-am întrebat, de ce ar fi gripale?

In 1903, într'un articol din *Revue de Médecine*, acelaş autor descrie sub numele de broncho-pneumonie continui, 3 cazuri de broncho-pneumonie, cele două dintâi provocate de enterococ şi de microbul lui Pfeiffer, cea din urmă de un streptococ anaerobiu. Or, aceste cazuri Rosenthal le consideră în modul următor: „nous avons admis la nature grippale de cette broncho-pneumonie, mais pour des considérations cliniques, et non à cause de la formule bactériologique.“ Or, când căutăm să vedem, cari sunt consideraţiunile clinice, care-l fac să admită natura gripală, constatăm că întâiul caz este o broncho-pneumonie la un tuberculos (nici autopsie, nici probă cu tuberculină); al doilea caz e o broncho-pneumonie complicată de rugeolă şi tuse convulsivă; al treilea caz e o broncho-pneumonie cu epanşment pleural la stânga, în sputa căruia se găseşte stafilococ şi enterococ. Ce au aface aceste cazuri cu gripa, ori ce lector de bună credinţă poate să se întrebe.

---

(1) Prof. Babeş a descris îndelung toată flora bacteriană a gripei fără a atribuì o importanţă deosebită vre-unuia din ei.

In fine, într’un articol apărut în urma comunicaţiunii lui Bezançon (1905), Rosenthal întrebuinţează acelaş fel de raţionament: citează 2 cazuri de pneumonie, pe cari le consideră ca gripale; primul caz în care se găseşte şi bacilul lui Pfeiffer, e admisibil; cel d’al doilea nu arată decât pneumococ, deci pneumonie cu pneumococ. Nimic mai simplu, totuşi Rosenthal vrea să fie gripală. Azi ca şi acum 4 ani îi facem aceleaşi obiecţiuni. (1).

Pentru a-şi sprijini într’un mod mai solid nespecificitatea microbului lui Pfeiffer, Rosenthal caută să demonstreze: 1) că e un saprofit vulgar; 2) că se găseşte în alte maladii cum de exemplu în tuberculoză şi boale eruptive.

Pentru a arăta saprofitismul microbului lui Pfeiffer, Rosenthal face cercetări fie la autopsia indivizilor morţi de boale infecţioase, fie la indivizi normali şi găseşte împreună cu Wiel, că coco-bacilul lui Pfeiffer este foarte frecuent şi se găseşte în proporţie de 1 pe 6. Nu menţionează însă, dacă indivizii examinaţi au zăcut înainte de gripă, căci ştim din cercetările lui Cantani (care *nu* a găsit microbul lui Pfeiffer la oameni normali), că bacilul persistă foarte mult în sputa oamenilor, cari au zăcut de influenţă. Aceste cercetări sunt confirmate şi de cercetările lui Clemens, care citează cazuri de persistenţă a microbului în timp de 2 ani şi de ale mele proprii, prin cari am arătat în mod experimental lunga durată a microbului în organismul animal. Dar să admitem cifrele lui Rosenthal. E uşor a-i opune însă cercetările lui Bezançon, care în 25 de cazuri nu l găseşte nici odată.

---

(1) Pentru a pune în evidenţă cât de puţin gripale (ca să zic aşà), sunt cazurile lui Rosenthal, n’am decât să citez că unul din bolnavi se îngraşă cu 16 livre (8 kilogr.) în 17 zile de convalescenţă (?). Când ştim asthenia considerabilă, care urmează gripei, faptul merită admiraţiunea noastră.

Vedem contradicţia ambilor autori, cari vreau însă să probeze acelaş lucru. Dar fără să ne luăm permisiunea de a pune în îndoială cercetările lui Rosenthal, admitem că bacilul lui Pfeiffer e un microb saprofit. Ce probează asta? Streptococul e şi el un microb saprofit, asta nu-l împedică să ne deà septicemie puerperală în anumite condiţiuni. Stafilococul, Pneumococul de asemenea. De altmintrelea, în afară de demonstraţia experimentală (făcută dejà), mi se pare o chestiune de logică, că toţi microbii patogeni au fost saprofiţi într'un moment dat. Chiar microbul tuberculos, atât de specific, acum când seria acidorezistenţilor s'a întins aşà de mult, ne e permis să credem că provine din adaptarea vre-unuia din ei. Aşà în cât faptul că coco-bacilul lui Pfeiffer ar fi saprofit, (cea ce nu e complect demonstrat), nu l-ar împedicà întru nimic de a fi microbul influenţei epidemice. Cazul lui Grancher, deşi într'o altă epidemie, mi se pare tipic şi demonstrativ. (¹).

2) Bacilul lui Pfeiffer se găseşte în alte boale, cu cari nu are nici o legătură, tuberculoza, maladii eruptive şi maladii infecţioase.

Că microbul lui Pfeiffer (considerat ca agent patogen al gripei) se găseşte în tuberculoză — ce e de mirare.— Oricare din noi poate afirmà din experienţa personală cât de dese sunt persoanele, cari atribue unei gripe debutul tuberculozei. Fie că gripa dela început pune în evidenţă, dându-i o lovitură de biciu, o tuberculoză latentă, fie că se numeşte gripă primul atac al tuberculozei din insuficienţă de diagnostic, rezultatul e acelaşi. Că mai târziu în perioada cavitară se găseşte microbul lui Pfeiffer în flora obişnuită a cavernelor iarăşi nu e de mirare. Relaţiunile strânse între gripă şi tuberculoză, pe cari le afirmă ori ce clinician, sunt insuficiente pentru explicarea acestui fapt. De altminteri, flora cavitară

(¹) In 1894 Grancher comunică la societatea spitalelor din Paris, un caz de choleră tipic în *afară de orice epidemie*. Boala se prezintă complect cu toate *caracterile clinice* şi *bacteriologice*. Faptul a provocat mirare. Actualmente când se ştie că distincţia între vibrioni e foarte subtilă, dar mai cu seamă când se cunoaşte admirabilele demonstraţiuni ale lui Metchnikoff asupra microbilor favorizanţi şi împedicători (în influenţele cosmice?) Cazul e uşor de explicat.

are un rol de sigur în fenomenele de consumpţie finală, dar acest rol nu e suficient de elucidat. În fine microbul lui Pfeiffer se găseşte în maladii eruptive şi infecţioase străine de gripă. Da, lucrul este adevătat, dar prezenţa lui nu se pune în evidenţă prin nimic. Lectorii cari se vor raportà la nota de mai jos (1), vor vedeà că toţi clinicianii cari au semnalat coexistenţa microbului lui Pfeiffer cu difterie, rugeolă, scarlatina, insistă, în deosebi, asupra gravităţii speciale, pe care o ia maladia. Pentru a nu cità decât un singur exemplu. Nobécourt şi Paisseau într'o lucrare recentă arată mortalitatea obişnuită de rugeolă fiind dela 10—12% la spitalul „Enfants malades" şi când microbul lui Pfeiffer intră în joc, atinge cifra colosală de 61%.

De altminteri influenţa de exaltare, pe care o are simbioza (sau cum spune Meunier satelitismul) asupra microbului lui Pfeiffer este bine cunoscută. Jacobson în lucrarea sa i-a dat sancţiunea experimentală. Astfel fiind prezenţa microbului lui Pfeiffer, fie ca saprofit, fie ca agent al complicaţiei şi al agravaţiunii boalelor existente, ni se pare perfect explicabilă şi plauzibilă.

Demonstraţiunea că microbul lui Pfeiffer poate existà în afară de gripă fiind făcută, unii din autori au mers mai departe şi au căutat se demonstreze gripa, fără microbul lui Pfeiffer.

Ba ceva mai mult. Considerând inutil să se oprească la un aşà mic detaliu, au negat existenţa gripei însăşi, aşà în discuţiunea provocată de comunicarea lui Bezançon, R. Bernand vorbeşte de gripă streptococică (R. Bernard & Casabianca, grippe streptococique 1902). În realitate avem aface cu o simplă streptococie (localizată în cazarmă, unde nu izbià decât pe simpli soldaţi cari se găseau în condiţiuni igienice defectuoase). Ori astfel se comportă gripa cealaltă, cea adevărată? In deobşte se ştie şi Grawitz într'unul din articole deunăzi apărut, îi dă sancţiunea numelui său, că gripa loveşte indiferent pe sărac şi pe bogat, pe cel ce se găseşte în bune condiţiuni igienice şi pe cel ce se găseşte în rele. Grawitz arată chiar că cazurile mai grave le-a întâlnit în clientela privată, nu la spital. Aşà fiind, poate merită numele de gripă, epidemia de streptococie semnalată de R. Bernard? De sigur că nu, şi însuşi autorul (R. Bernard) într'un alt moment al discuţiunii, răspunzând lui Comby, recunoaşte în mod explicit caracterele speciale ale gripei, când spune (vorbind de sine, căci însuşi zăcuse în epidemia din 1889). „Il y a certainement là une chose à part, *ayant son individualité* comme la migraine a la sienne, bien qu'elle soit dépourvue de tout caractère objectif".

---

(1) Pe lângă Nobécourt şi Paisseau care au semnalat influenţa agravantă a microbului lui Pfeiffer în tuse convulsivă şi rugeolă mai putem cità, Albrecht şi Gohn în aceleaşi boale, Süsswein în rugeolă, Leiner în difterie, Von Jehle examinând boalele exantematice găseşte ca agravare în scarlatină (48 cazuri) b. lui Pfeiffer prezent 19 ori în bronchii, de 6 ori pe amigdală şi 22 ori în sânge. Pe 18 cazuri de rugeolă îl găseşte de 18 ori în bronchii şi de 15 în sânge. In 9 cazuri de varicelă îl găseşte de 5 ori în sânge. Din 24 de cazuri de tuse convulsivă, îl găseşte de 24 de ori în bronchii şi de 2 ori în sânge. Din 15 cazuri de difterie îl găseşte 1 în sânge Şi cum probabil epidemia de influenţă erà particular de virulentă, îl găseşte pe 20 cazuri de influenţă simplă la adult, de 3 ori în sânge, adică într'o proporţie de 15% proporţie destul de considerabilă fiind dat că cazurile de generalizare nu sunt de o frecuenţă extremă. Lista ar puteà fi şi mai lungă dar o credem inutilă.

Rosenthal, Bezançon, logici cu ei însuşi, resping individualitatea gripei. Bezançon răspunzând lui Siredey, arată incertudinele autorilor asupra debutului maladiei, subit pentru unii, lent şi insiduos pentru alţii. Înainte de ei, cercetând cu deamănuntul literatura, vedem figurând sub numele de gripă, lucrurile cele mai disparate. Noi vizăm în special articolele apărute dela descoperirea microbului încoace. E adevărat, că s'ar puteà spune fără aparenţă de paradox, că numărul acestor falşe interpretaţiuni s'au mărit dela această epocă, vechii clinicieni fiind mai cumpătaţi în afirmaţiunile lor: aşà de exemplu, unii autori afirmă ca şi Bezançon, că gripa are un debut lent, când ştiut este dela Graves încoace, că ceea ce caracterisează gripa e debutul brusc: „la grippe s'est montrée à l'improviste dans cette ville et à *l'instant* tous les habitants de la vallée vivaient sous l'influence épidémique. La maladie a sévi si rapidement et si généralement qu'il est peu de personnes aujourd'hui qui ne l'aient subie plus ou moins" (1837 Dr. Pujade citat în Boix). De altmintrelea, toţi clinicianii Brochin, Siredey, Mann, Ebstein, Grawitz şi mulţi alţii sunt de acord asupra debutului brusc al gripei.

Dar de unde vine confuzia? se poate întreba cineva. Pentru că se confundă sub numele de gripă o sumă de stări patologice rău clasate sau neclasate. Fac apel la memoria fiecăruia dintre noi, dacă nu-şi aduce aminte de câte ori, la spital, în cazuri îndoioase sau când nu avem alt diagnostic, nu se pune înainte cel de gripă. Aceasta din cauză, că nu i se acordă gripei destulă importanță. Faptul nu e nou, căci încă din 1884, Brochin scrie: „Par une extension abusive, très commune dans le langage médical, qui se fait trop souvent à cet égard l'écho du langage vulgaire, la dénomination de grippe a fini par devenir presque synonime de rhume où de fièvre catarrhale simple, et on l'emploie généralement aujourd'hui pour désigner ces petites endémies de fièvres catarrhales vulgaires, annuelles qui règnent généralement dans nos climats aux époques équinoxiales. Bien que nous le répétons ici, la grippe ne soit en realité qu'une espèce dans la grande classe des affections catarrhales, elle se distingue de la fièvre catarrhale vulgaire non seulement par sa plus grande intensité, mais encore par des caractères qui lui sont propres et qui la constituant à l'état de véritable *entité morbide.*" Or, care sunt caracterele gripei: pe lângă debutul brusc, despre care am vorbit dejà, gripa prezintă un semn caracteristic, care poate fi considerat ca pecetia ei, acest semn e astenia nervoasă, pe care o cunoaștem cu toții: Vechii clinicianí o cunoșteau perfect, și bazați pe ea, Siredey, Comby, Barié n'au admis concluziunile lui Bezançon: „Quand on voit parmi les membres d'une même famille et à quelques jours d'intervalle se succeder des affections comme un catarrhe rhyno-laryngo-broncho-pulmonaire, une néphrite, une cystite, une méningite, une otite, un état gastro-intestinal en apparence banal, mais accompagné et suivi d'une longue depression nerveuse, comment ne pas admettre que ces diverses affections ont un germe commun et comment ne pas les englober sous une étiquette étiologique commune? (Legendre)."

Pétrequin în studiul epidemiei dela 1834—37, semnalează aparițiunea înainte de fenomene locale, de turburări nervoase de o astfel de gravitate, încât se puteà crede la o apoplexie, la o febră tifoidă sau la un acces de febră pernicioasă. Numai după aparițiunea fenomenelor locale se puteà face diagnosticul.

In fine, Brochin descrie admirabil fenomenele nervoase (p. 711): „Mais ce qui semble être le caractère prodromique propre de la grippe, et ce qui la distingue à cet égard des autres maladies aiguës analogues et notamment de la bronchite ordinaire, avec laquelle elle a, d'ailleurs, tant d'autres points communs, c'est une sensation de faiblesse profonde, avec une parèse et une gêne des mouvements allant quelquefois jusqu'à la douleur, une sorte de prostration accompagnée d'inquiétude ou d'anxieté, phénomènes qui sont en disproportion manifeste avec le peu de gravité réelle de la maladie, mais qui semble révéler... à la fois dès le début une influence pathogénique générale portant, non sur un seul organe ou système d'organes, mais sur l'organisme tout entier; *c'est en un mot le caractère asthénique de l'affection qui va se développer.*"

La aceste citaţiuni nu avem nimic de adăogat. La cele 2 caractere speciale ale gripei mai avem de remarcat şi noţiunea de epidemicitate. Nu putem admite nici un moment şi nici măcar nu merită de a fi discutată opiniunea lui Bezançon că: „*Le fait de l'epidémicité n'implique pas cependant la spécifité de la maladie.*" Nu cunoaştem epidemii nespecifice, şi ne e uşor să întoarcem formula lui Bezançon, ideia de epidemicitate implică noţiunea de specificitate. Ceea ce dă un caracter special epidemicităţii gripei, este că în afară de pandemii, avem endemii familiare, de casă sau de cuartiere, care afectează pe toate persoanele de orice condiţiuni ar fi, cari sunt în contact unele cu altele, dar care respectă mănăstiri, închisori, „arrêtée par la simple épaisseur d'un mur." (Boix). Asupra acestui caracter special, Siredey a insistat cu multă forţă în discuţiunea dela societatea medicală a spitalelor. Din cele ce preced, cred că putem conchide că gripa este o boală, care are o fizionomie clinică caracteristică.

In ceea ce priveşte cercetările bacteriologice ale lui Bezançon, ele nu sunt la adăpost de orice critică. Numărul insuficient, 25 de cazuri examinate într'o epidemie, de unde trage concluziuni, seamănă grozav cu opiniunea călătorului care, văzând în port un om blond, a conchis că locuitorii acelei ţări sunt toţi blonzi. Apoi examenul nu s'a făcut decât în cazurile de gripă toracică şi modalităţile gripei sunt mult mai numeroase. Dar şi în acest caz, examenul a fost insuficient. Nu s'a examinat decât sputele. Nu s'a făcut nici examenul sucului pulmonar, nici al sinusurilor nasale, şi nici examenul sângelui. Cer permisiunea să fac o comparaţie cam paradoxală, dar care-mi traduce bine ideea: Oare după examenul microscopic al unei spute, putem noi face tot-d'auna diagnosticul unei boale cu mult mai caracteristică decât gripa, — tuberculoza? De sigur că nu. (1).

De asemenea nu ştim cât timp a durat examenul sputelor. Din ceea ce ştim, putem afirmà că apariţiunea şi dispariţiunea microbului lui Pfeiffer e supus la condiţiuni cari ne scapă complect. Aşà Wasserman constată, că în epidemia 99—900, microbul lui Pfeiffer, apare, la început, se găseşte în primele 24 ore apoi dispare făcând loc altor microbi. Din contră, Sacquépée constată în epidemia din Rennes că a apărut mult mai târziu. In cercetările făcute împreună cu colegul meu Găleşescu asupra gripei din spitalul Colentina în anii 1904—1905, n'am putut găsì microbul lui Pfeiffer, decât pe la finele lui Februarie. De atunci l'am găsit, în mod constant până în luna Mai. Această variabilitate a microbului lui Pfeiffer este datorită probabil asociaţiunilor microbiene. Jacobson a demonstrat experimental că inoculând în acelaşi timp streptococ nevirulent împreună cu microbul lui Pfeiffer, acesta din urmă dispare şi la autopsie nu se mai găseşte decât streptococ. Dar din nefericire nu cunoaştem decât această asociaţiune, celorlalte le lipseşte baza experimentală.

Dar nimic nu pune mai bine în evidenţă puţina soliditate a cercetărilor lui Bezanton decât faptul că în acelaşi an, în acelaşi oraş, în aceeaşi periodă Nobécourt şi Paisseau găsesc şi studiază epidemia provocată de microbul lui Pfeiffer în spitalul „Enfants Malades", epidemia venită de afară. Nu putem conchide din ceeace precede decât că Bezançon şi de Jong au dat peste o serie nenorocită sau că nu cunosc metoda graţie căreia Rosenthal găseşte microbul lui Pfeiffer în proporţie de 1/6 în orice timp.

Astfel fiind, putem noi conchide împreună cu Bezançon la nespecificitatea microbului lui Pfeifer, bazat pe cercetările bacteriologice insuficiente a 25 de cazuri? Dar atunci miile de cazuri pozitive, în cari s'a găsit microbul lui Pfeiffer, ce facem cu ele? Putem subscrie la concluziile articolului lui Rosenthal: Quant à admettre avec M. R. Bernard, qu'il existe une forme spéciale de la grippe due au cocco-bacille, c'est vouloir attribuer à nouveau des caractères cliniques particuliers à l'infection, due au microbe de Pfeiffer conception opposée aux faits,...... Rosenthal suprimă cu uşurinţă toate cazurile pozitive, cu mult mai numeroase decât cele negative. Nu putem admite acest mod de a vedeà.

---

(1) Se ştie de ce dificultăţi e înconjurată punerea în evidenţă a bacilului lui Koch, care e aşà de caracteristic. La câte metode (inoscopia, etc. vezi articolul Tatuşescu în această revistă) nu a dat naştere. Or, pentru B. lui Pfeiffer n'avem decât cultura, care e aşà de repede năpădită de alţi microbi.

Vom căutà să demonstrăm probele experimentale, cari militează în privinţa specificităţii microbului lui Pfeiffer. Mi se va obiectà poate că n'am realizat gripa experimentală. E adevărat dar nici febra tifoidă experimentală n'am realizat-o şi a trebuit cercetările geniale a lui Metchnikoff pentru a realizà cholera experimentală. Asta însă nu împedică ca microbul lui Eberth, să fie agentul febrei tifoide şi microbul lui Pfeiffer să fie agentul gripei.

Aceste probe sunt în număr de patru:

1) *Variabilitatea temperaturei.* Din cercetările făcute de mine, am văzut experimental că cobaii inoculaţi, cu un microb a lui Pfeiffer virulent, reacţionează în 2 moduri: când cu ridicări de temperatură 40°, 41°, 42° chiar, când din contra cu scădere de temperatură, care merge uneori până la 30°, sau 29°. Din cercetările făcute, observăm că atunci când temperatura se ridică prognosticul erà favorabil, pe când din contră când scădeà prognosticul erà sombru. Considerăm acest fenomen ca o probă experimentală a teoriei, care susţine că febra este fenomen de apărare al organismului. Bine înţeles că nu putem trage concluziuni identice la om. Dar e permis anologia cu formele de gripă cari uneori sunt iperpiretice, şi alte ori apiretice (cum se cunosc mai multe cazuri). Bine înţeles că gripa apiretică la om e departe de a avea acelaş prognostic ca la animale.

2). *Localizarea asupra sistemului nervos.* Din cercetările foarte ingenioase ale lui Cantani extragem următoarele experienţe: Autorul injectează, în creerul cobailor, bacilii lui Pfeiffer omorâţi prin căldură la 60°. Constată că animalul în experienţă moare cu aceleaşi simptome morbide şi cu aceleaşi leziuni necropsice ca şi când ar fi fost injectat în peritoneu. Dar fapt important, doza mortală de microbi a lui Pfeiffer, în injecţia intra-cerebrală e foarte mică, mult mai mică de cât doza mortală intracerebrală de microbi ucişi prin căldură de choleră, coli, tific, piocianic, stafilococ, etc. Acest lucru arată că microbul lui

Pfeiffer conţine o endotoxină cu acţiune specială, asupra sistemului nervos. Oare nu ne e permis să conchidem că această acţiune specială a microbului lui Pfeiffer o constatăm şi noi în clinică, în cazurile de gripă, în cari fenomenele de depresiune nervoasă sunt aşà de dominante?

Pe de altă parte, atât Cantani cât şi eu însumi am constatat afecţiunea specială, pe care o are bacilul lui Pfeiffer pentru centri nervoşi. Inoculat în substanţa nervoasă microbul se înmulţeşte foarte repede, se generalizează în tot sistemul nervos (şi în măduva spinării) şi uneori pătrunde şi în sânge. E oarecare analogie cu frecuenţa localizării microbului lui Pfeiffer în sistemul nervos al omului, unde e semnalat din ce în ce mai des.

3). *Acţiunea toxică a microbului lui Pfeiffer,* poate fi pusă în evidenţă şi prin cercetările-mi personale.

In încercările de imunizare, pe care le făceam asupra cobailor am perdut 91%. Mai toţi muriau în prada unei cachexii intense în care perdeau jumătate din greutatea lor. Această cachexie o întâlniam nu numai la animalele, cari primiau mai multe injecţiuni de bacili vii sau morţi, ci şi la animalele, cari primiau o singură injecţiune. La autopsia animalelor cari muriau în urma acestei cachexii nu se mai puteà găsì bacili vii. Coco-bacilul fusese înghiţit de leucocite şi digerat, dar acţiunea lui toxică persista după dispariţiunia lui.

4). In fine putem aduce şi un argument inedit. *Endotoxina bacilului lui Pfeiffer.*

Până acum nu se cunoaştea toxina coco-bacilului.

In urma cercetărilor făcute în vara aceasta, am putut izolà toxina acestui microb. Această toxină are o acţiune considerabilă asupra sistemului nervos. Injectată în creer în doze infime (a 22 parte dintr'un c. c.), toxina omoară un cobai de 8—900 gr. în 6—7 ore cu ipotermie. Acţiunea e absolut analogă cu injecţie de corpi microbieni ucişi prin căldură. Studiul acesta e numai schiţat şi doritorii de a vedeà aceste acţiuni mai pe larg, sunt rugaţi să se raporteze la capitolul cercetări originale (în prezentul număr).

Aceste sunt probele experimentale cari le aducem. Când de altă parte vom adăoga că biologia bacilului lui Pfeiffer e numai schiţată, că nu ştim aproape nimic despre endo-exotoxinele, agresinele, şi în fine nu putem încă în mod determinat să obţinem culturi abondente pe medii lichide, vedem că detractorii specificităţii gripei sunt departe încă de victorie. Dealtminteri în toate tratatele clasice microbul lui Pfeiffer continuă să figureze ca agentul specific al gripei. In *Traité de médecine,* articolul lui Widal din 1899 Dieulafoy în 1904 şi până la articolul lui Netter din 1905, toţi sunt de acelaş avis. In Patologia lui Nothnagel, articolul lui Leichtenstern în Bacteriologia cea mare a lui Kolle şi Wasserman-Beck (1903), nu emite îndoială asupra specificităţii şi cei ce cred că microbul lui Pfeiffer e agentul cauzal al gripei, sunt încă în aleasă adunare.

In fine m'am adresat autorului descoperirei agentului cauzal al gripei lui R. Pfeiffer, care a binevoit a-mi răspunde că continuă să creadă *în mod absolut* în specificitatea microbului descoperit de el. Suntem fericiţi că modestei noastre păreri putem da greutatea unei autorităţi aşà de considerabile ca aceea a ilustrului profesor de la Königsberg.

Inainte de a terminà acest articol ţin să exprim profunda mea gratitudine profesorilor Cantacuzino şi Riegler, cari au perdut zile întregi cu mine făcându-mi traducerile necesare.

In ceea ce priveşte Bibliografia, am căutat s'o fac pe cât se poate de complectă în special de la 1900 încoace. Impreună cu bibliografia, care se găseşte la finele articolului Beck, în Kolle şi Wassermann, ceea ce urmează, formează un tot folositor celor, pe cari acest subiect îi interesează.

BIBLIOGRAFIE

1. **Albrecht u. Ghon.** Ein Beitrag zur Kenntniss der Morphol. und Pathol. des Influenzabac. *Zeitsch. f Heilk.* Bd. 20, 1901.

2. **Alt.** Ein Fal von Hörneraffection durch Infiuenza. Bericht über die österr. otolog. Geselsc. *Monatsch. f. Ohrenheilk* No. 3, 1900.

3. **Anders.** H. S. Atmospheric pressure and epidemie influenza, *Philad. med. J. 4* pag. 178, 1904.

4. **Anders.** The relation of sunshine to the prevalence of influenza. *Med. News*, 1901. Vol. 79, No. 19.

5. **Apolant.** E. Ueber Influenzarückfälle *Deut. med. Woch.*, pag. 1685, 1904.

6. **Auerbach.** M. Nachtrag zu meiner Arbeit «Weber den Befund, etc.» *Zeits. f. Hyg. XLVIII*, pag. 65, 1904.

7. **Auerbach.** M. Ueber den Befund von Influenzabacillen in Tonsillen und Larynx gleichzeitig ein Beitrag zur Frage den influenza ähnlichen Baciellen. *Zeit. f. Hyg. XLVII*, pag. 259, 1904.

8. **Babeş** *C. B. für Bakt. VIII*, 8--19, 1892.

162. **Petrucci.** Ein Beitrag zur Cazuistik der Hämorrhag. bei Infl. *Wien. Med. Presse* No. 39. 1900.

163. **Petrucci G.** Contributo alla casuistica delle emoragie nel Influenza. *Clin. Med.* Septemb. 1900.

164. **Peucker.** Ueber einen Fall von durch Infl. bac. erzeugter Meningit. bei einem 5. Monate alten Kinde. *Prager Med. Woch.* No. 13. 1901.

165. **Pfeiffer.** Vorläufige Mittheilungen ueber den Erreger der Influenza. *Deut. Med. Woch.* No. 2. p. 28. 1892.

166. **Pfeiffer und Beck.** *Deut. Med. Woch.* No. 21. 1892.

Pfeiffer u. Beck. *Deut. Med. Woch.* No. 34. 1893.

167. **Pfeiffer.** Die aetiologie der Influenza. *Zeit. für Hyg.* 1893.

168. **Pfuhl A.** Casuistisches zu den Beziehungen zwischen Influenza und Centr. Nervensist. *Festschrift für Leyden.*

169. **Pissany A.** Complications séreuses de la Gr. Paris.

170. **Potain.** Six cas de fièvre typhoïde consécut. à la grippe. *Bullet. Soc. Méd. Hôpitaux.* Paris. 1900.

171. **Prickett et Batten.** Encéphalite aiguë consécut. à la grippe. *Clin. Soc. of. London.* Mai 1900.

172. **Pujade.** Cit. in Boix. (1837).

173. **Ophuls.** Infections of the rectum with. secondary infection of the liver. caused by the bac. Influenz. similis. *The American Journ. of. the Medic. Sc.* Dec. 1901.

174. **Rachford.** Acute Influenza nephritis in children. *Med. News.* March. 15. 1902.

175. **Reusselaer** (Howard van). The poulmonary form. of. influenza. *Albany Med.* No. 7 pag. 371. July. 1901.

176. **Reynold. Webb. Waelco.** The treatement of Influenza in adults. *Med. News.* No. 24. June. 1900.

177. **Ricciardi P.** Sulla talità del bac. dell'influenza negli espettorati umidi. *Giorn. intern d. scienze med.* Fasc. 8. 1904.

178. **Rieger.** Ein sonderbarer Infl. ausbruch auf der Haut bei mir und in meiner Umgebung. *Münch. Med. Woch.* p. 7. 1900.

179. **Rigal.** Grippes à forme meningée. *Lyon méd.* No. 3. 1903.

180. **Ronston.** Epid. de grippe à forme abdominale. *Presse Méd.* 1901. annexe 169.

181. **Rosenthal.** Thèse de Paris. 1900.

182. **Rosenthal.** Soc. de Biologie. 17 Mars. 1900.

183. « « « « 28 Nov. 1903.

184. « *Revue de Médecine* 10 Mai. 1900.

185. « *Presse Médic.* 1 Mai 1901.

186. « *Archives Gén. de Médecine.* No. 21. 1905.

187. **Ruheman.** Eine kurze metereolog. Bemerkung zu der jetzt grassirenden Influen. *Berl. K. Woch.* Bd. 37. 1900.

188. **Ruheman.** Neuere Erfahrungen über die Infl. *Berl. Klinik.* Sept. 1900.

189. **Ruheman.** Die chirurgishen Complic. der Influenza. C. B. f. der Grenzgeb. d. *Méd. u. Chr.* Bd. 5. P. 337. 1902.

190. **Ruheman.** Die endemische (sporadische) Infl. in epidemiologischer klinischer u. bakteriologischer Beziehung. *Wiener Klin.* 1904. Sond.

191. **Ruppert.** Soc. de Med. din Magdeburg. 23 Martie. 1905. in *Presse Méd.* No. 58. 1905

192. **Sacquépée.** Evol. bact. d'une épid. de grippe, *Arch. Méd. Exp.* pag. 562, 1901.

193. **Saint-Philippe** Grippe gastro-intestinale des enfants. *Journ. de méd. de Bordeaux,* 1902, Paris.

194. **Saurel.** Grippe à forme typhoïde, Montpellier 1900.

195. **Schlagenhaufer.** Ein Fall von Influenza endocarditis den Aortenklappen und des offenen Ductus Botalli. *Ztschr f. Heilk* Bd. 22. 1901.

196. **Schott** Influenza und chronischeHerzkrankeiten. *Berl. Klin. Woch.* No. 21, 1900.

197. **Schroen.** Verlauf einer Influenzadorfendemie, *Allg. Ctzgtg.* B. 71, No. 76, pag. 899.

198. **Schroer** (Uettingen). Drei seltene Fälle aus der Praxis (Mikulicz'sche Krankheit. Gnausche gangraenosa und Embolie der Art. rad. dext nach meta pneumon Exsudat). sowie Verlauf einer Influenza-Dorfendemie *Allg med. czntr.* XXIII, 76, 77, 1902.

Dr. Eugeniu Felix.

INDICATIUNEA PARACENTESEI TIMPANULUI
IN
OTITA MEDIE SUPURATĂ ACUTA

Paracentesa timpanului se face în afecţiuni diferite şi scopul pe care-l urmărim nu este totdeauna acelaş.

Acì nu voesc să mă ocup decât de paracentesa în otita medie supurată acută şi anume numai de indicaţiunea sa.

S'a discutat în cercurile otologilor dacă paracentesa este o intervenţiune, care să fie executată de ori şi ce medic practic sau să fie rezervată numai specialistului. Deşì sunt casuri în care paracentesa nu este uşor de practicat, totuşi cred că ori şi ce medic să fie în stare de a face paracentesa, mai ales că această intervenţiune poate fi o indicaţiune vitală. Bolnavul se poate găsì într'o localitate unde nu se găseşte medic specialist, ba acesta din urmă, — la noi cel puţin, — nu se găseşte decât foarte rar în afară de Capitală. Este dar nevoe de a se recurge la medicul practic.

Otita medie supurată acută în evoluţiunea sa cuprinde un stadiu inflamator şi un altul al supuraţiunii. Când ne aflăm în faţa unei inflamaţiuni a urechei medii, nu ne putem pronunţà cu siguranţă dacă afecţiunea va retrocedà sau va progresà spre a trece în stadiul supuraţiunii. Simptomele cele mai alarmante într'o inflamaţiune a urechei medii nu sunt suficiente de a ne decide ca să ne pronunţăm în această privinţă, fiindcă uneori dau în supuraţiune inflamaţiuni cu simptome pe cât se poate de uşoare.

Paracentesa este indicată în al doilea stadiu al otitei medii inflamatorii adică în stadiul supuraţiunei.

Dar putem oare spune cu siguranţă matematică când trebue să intervenim? Iată de care chestiune 'mi-am propus a mă ocupà acì.

In practică, experienţa ne conduce cu un oare care instinct, simţ clinic, fără a puteà da tot-deauna argumente suficiente, bazându-ne pur şi simplu pe cazuri similare, pe cât se poate de asemănătoare, întâlnite mai înainte; ceeace ne permite a ne decide pentru intervenţiunea în unele cazuri, sau a ne abţine în alte cazuri, cari la prima vedere ar păreà alarmante.

Dar medicul practic va cere indicaţiuni mai precise, ne vom adresà dar la autorii clasici, spre a vedeà ce păreri au în privinţa paracentesei.

H. Schwartze (1) recomandă paracentesa când întârziază perforaţia spontanee a timpanului.

A. Politzer (2) dă următoarele simptome principale, ca indicând intervenţia operatoare: timpan bombat, dureri violente şi febră, precum şi atunci când există simptome de iritaţiune în regiunea mastoidă. Aceste vederi sunt împărtăşite de Iacobson (3), Hartmann (4), Heine (5), Mc. Bride (6).

După Ménière (7), paracentesa trebue făcută când simptomele subiective şi obiective sunt în favoarea existenţei unei exudaţiuni.

M. Lermoyez (8) adaogă la indicaţiunile stabilite de Politzer că paracentesa trebue imediat şi sistematic făcută în toate otitele acute ivite în urma febrei tifoide, scarlatinei sau a altor boale infecţioase grave, fiindcă aceste otite au în tot-deauna tendinţa de a se propagà cavităţei craniene şi a produce leziuni profunde în urechia medie.

Castex (9) recomandă paracentesa îndată ce cavitatea timpanului este plină de puroi. De asemenea Moure (10) în raportul prezentat societăţei franceze de otologie în 1902 găseşte inciziunea timpanului indicată îndată ce se formează puroi.

Acestea erau vederile clasice bine stabilite, admise până acum câţiva ani fără nici un desacord. Când cu ocaziunea publicaţiunii sale Piffl (11), asistentul profesorului Zaufal din Praga, prin expunerea tratamentului urmat la clinica otologică din Praga, păreà a sdruncinà vederile până atunci admise. Rezerva clinicianilor celor mai distinşi se manifestă şi mai mult, faţă de acest tratament când 2 ani mai târziu, la congresul otologilor germani ţinut la Trier (Trèves) în 1902, cu ocaziunea discuţiunii tratamentului otitei medii supurate acute, acelaş autor susţineà faţă de colegii săi eficacitatea tratamentului întrebuinţat de Zaufal (12).

Piffl, bazat pe propria sa experienţă, a găsit (ca şi şeful său Zaufal), că otita medie, la persoane sănătoase de altmintrelea, dacă se lasă în voia ei, are un mers ciclic cu debut acut și se termină a 7-a sau a 8-a zi prin criză sau lysis. Mersul otitei ar fi mult mai favorabil dacă se evită paracentesa. Dacă a 8-a zi n'au dispărut simptomele inflamaţiunii sau dacă bolnavul vine mai târziu în căutarea medicului, să se facă paracentesa ca încercare. Bine înţeles, paracentesa să rămâe rezervată pentru cazurile grave, la copii mici mai ales.

Independent de Piffl, Siebenmann (13) observă că otita medie supurată acută paracentesată nu are un mers mai favorabil decât dacă se așteaptă retrocedarea simptomelor fără a recurge la paracentesă. Siebenmann execută paracentesa, rare ori pentru că în cazurile în care s'a recurs la această intervenţie prognosa a fost mai nefavorabilă decât în cele-l'alte cazuri.

Acest mod de procedare a fost viu combătut de Grunert (14) la asociaţia naturaliştilor la Karlsbad, din 1902, precum şi de clinicianii cari au luat parte la discuţiune atât la Karlsbad (15) cât şi la congresul dela Trier (16) şi anume: Leutert, Passow, Brieger, Ostmann, Bezold, Körner, ş. a. Aceşti doui autori din urmă mai ales, urmează cu totul indicaţiunile stabilite de Schwartze (17). Astfel Körner susţine că vindecarea spontanee a otitei urmează cu atât mai repede, cu cât paracentesa s'a făcut mai de timpuriu; pe când atunci când perforaţia este spontanee, vindecarea urmează mai târziu. Din 90 de mastoidite operate în clinica sa privată, numai de 19 ori se făcuse paracentesa şi numai de 4 ori la timp, adică primele 2 zile. Din 405 cazuri operate în clinică, de 43 de ori se făcuse paracentesa, de 354 ori perforaţia fusese spontanee. Mai mult, dintr'o publicaţiune mai recentă a lui Körner (18), reese că mersul ciclic în otita medie supurată este datorit unei pneumonii latente. El se bazează pe observaţiunea a trei copii între 7 şi 10 ani, care pe lângă otita medie, aveau şi câte o pneumonie, care explică mersul febrei. Nici odată otita medie necomplicată n'a avut mersul ciclic observat de Zaufal şi elevii săi.

Bürkner (19) a încercat în clinica sa tratamentul recomandat de Zaufal, adică de a evită paracentesa. Or, rezultatul obţinut nu a fost favorabil. Din 44 de bolnavi cu otită inflamatoare la 12 s'au vindecat otita fără perforaţie, fiind cazuri uşoare. La 28 perforaţia s'a făcut în mod spontaneu pe când în 4 cazuri, Bürkner a fost nevoit să recurgă la paracentesă. Din cele perforate în mod spontaneu 6 trecură la cronicitate şi 3 din aceste cazuri se complicară cu mastoidită.

Cât de importantă este chestiunea paracentesei în tratamentul otitelor supurate, ne-o probează şi raportul prezentat de Lermoyez, Lubet Barbon şi Moure (20) la societatea franceză de otologie în 1904. Indicaţiunile stabilite de aceşti autori sunt: Durerea, surditatea recentă foarte pronunţată, febra şi starea generală rea. In discuţiunea ce a urmat acestui raport (21), Luc, Chavasse, ş. a. au declarat că împărtăşesc cu totul aceste păreri.

In sutele de paracentese făcute prima sau a doua zi în inflamaţiunea acută a urechei, Körner nu observă nici o mastoidită.

Vedem dar că părerile sunt împărţite şi cred că deşi nu trebue întârziat cu această intervenţiune, totuşi nu trebue nici abuzat de paracenteză, fiindcă atunci când nu există puroi în cavitatea timpanului în momentul intervenţiunii, în urma paracentesei se infectează urechia medie şi prin conductul auditif, se va formà puroi consecutiv paracentesei; de şi Jansen (23) nu admite formaţie de puroi în asemenea condiţiuni (adică consecutiv paracentesei), dacă nu a existat dejà puroi în urechia medie, înainte de a procedà la secţiunea timpanului.

Dar mai bine să se facă paracenteza când nu este puroi în cavitatea timpanului (în cazurile în care nu avem indicaţiuni precise), decât să lăsăm puroiul format în cavitatea timpanului a'şi face drum pe alte căi decât prin timpan, după cum ne arată cazul observat de Heine (24). Un lucrător sufere de otalgii violente de 3 săptămâni şi se prezintă la consultaţia clinicei otologice din Berlin. Timpanul puţin tumefiat, temperatura 38⁴. Se face imediat paracentesa şi se scurg 2 picături de puroi gros. Există redoarea cefei şi se procedează la trepanaţia mastoidei, după 13 zile moare bolnavul. La autopsie se găseşte o meningită. La acest bolnav timpanul rezistase puroiului 3 săptămâni, dar nu membrana ferestrei rotunde prin care puroiul a trecut spre meninge.

Paracentesa nu pune viaţa bolnavului în pericol ea este o operaţie uşor de executat în majoritatea cazurilor. De asemenea mersul otitei supurate este mai favorabil în cazurile paracentesate decât în perforaţiunile spotanee ale timpanului. Mastoidita, complicaţiunile endocraniene sunt de asemenea mai frecuente în otite supurate, în care nu s'a recurs la paracenteză. Astfel O. Körner (25) şi cu dânsul toţi otologii consideră paracentesa făcută la timp, ca una din măsurile profilactice de luat spre a împedicà complicaţiunile intracerebrale.

BIBLIOGRAFIE

(1) **H. Schwartze.** Handbuch der Ohrenheilkunde. II. 1893. p. 741.

(2) **A. Politzer.** Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1901. p. 299.

(3) **L. Jacobson.** Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1898. p. 201.

(4) **A. Hartmann.** Die Krankheiten des Ohres. 1902. p. 161.

(5) **B. Heine.** Operationen am Ohr. 1904. p. 7.

(6) **Mc. Bride.** Diseases of the throat, nose and ear. 1900. p. 533.

(7) **E. Ménière.** Manuel d'otologie clinique. 1895. p. 207.

(8) **M. Lermoyez.** Thérapeutique des malaladies de l'oreille. I. 1901. p. 327.

(9) **A. Castex.** Maladies du larynx, du nez et des oreilles. 1899. p. 640.

(10) **E. J. Moure.** Traitement de l'otite moyenne aigüe suppurée. *Annales des maladies de l'oreille.* 1902. II. p. 3.

(11) **Piffl.** Ueber akute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung. *Prager med. Wochenschrift.* 1900. No. 21—24.

(12) Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft in Trier. 1902. *Archiv für Ohrenheilkunde.* 1902. Vol. 56. p. 84.

(13) **Siebenmann** und **Oppikofer** Jahresbericht der oto-laryngologischen Klinik und Poliklinik in Basel. (1 Ian. 1899—31 Dec. 1900). *Zeitschrift für Ohrenheilkunde.* 1901. Vol. 40. pag. 213.

(14) **K. Grunert.** Ueber die neuen Angriffe gegen die Parazentese des Trommelfelles bei der Therapie der akuten Otitiden. *Münchener med Wochenschrift.* 1902. p. 1796.

(15) 74° Versammlung der Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21—27 Sept. 1902. *Archiv. für Ohrenheilkunde.* 1902. vol. 57. p. 110.

(16) *Archiv. für Ohrenheilkunde.* 1902, vol. 58.

(17) **Bezold.** Zur Behandlung der acuten Mittelohrentzündung. *Zeitschrift für Ohrenheilkunde.* 1902, vol. 41. p. 199.

(18) **O. Körner.** Ueber den angeblichen cyclischen Verlauf der acuten Paukenhöhlenentzündung. *Zeitschrift für Ohrenheilkunde.* 1904. vol. 46. p. 263.

(19) **Bürkner.** Zur Parazentesenfrage. *Archiv für Ohrenheilkunde.* 1904. vol. 62. p. 177.

(20) **Lermoyez, Lubet Barbon et Moure.** Rapport sur le traitement des otites moyennes aigües. *Annales des maladies de l'oreille.* 1904. 1. p. 412.

(21) Soc. française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, session de 1904. *Annales des maladies de l'oreille.* 1904. I. p. 595.

(22) **O Körner.** Die eitrigen Erkrankungen des Schläfenbeins. 1899. p. 52.

(23) **Jansen.** Deutsche Klinik am Eingange des 20 Jahrhunderts. 1901. Vol. VIII. fascicolele 28, 29. p. 217.

(24) **Heine.** Soc. otologică din Berlin. 12 Mai 1903. *Centralblatt für Ohrenheilkunde.* Iunie 1903. p. 398.

(25) **O. Körner.** Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. 1894. p, 23.

REVISTE ANUALE

P. Riegler.

Vaccinaţiunea antituberculoasă la animale după Behring.

Vaccinaţiuni contra tuberculozei s'au încercat de numeroşi cercetători prin experienţe făcute la diferite specii de animale şi cu diferite producte: tuberculină, filtrate de culturi de bacilii tuberculozei în bulion, bacili morţi ai tuberculozei, bacili atenuaţi în mod artificial sau provenind dela paseri şi fiind mai puţin virulenţi pentru unele specii de animale, apoi bacili acido-rezistenţi saprofiţi, ser antituberculos, hematoterapia, însă fără rezultate satisfăcătoare. Aceste cercetări au fost făcute de Grancher, Ledoux-Lebard, Richet şi Héricourt, Martin, Straus, Babeş, Proca, Martin, Courmont şi Dor, Paterson, Terre, Moeller, Klemperer, Friedmann, Irimescu şi alţii, cu rezultate variabile, în general însă puţin satisfăcătoare.

Scopul acestei reviste generale este însă a expune vaccinaţiunea antituberculoasă a animalelor bovine după Behring, fiindcă a fost obiectul unor cercetări experimentale foarte întinse din partea lui Behring şi a altor cercetări şi apoi s'a întrebuinţat până acuma cam peste 10.000 de animale şi rezultatele vaccinaţiunii sunt mulţumitoare, din ceea ce s'a putut vedea până acuma. Nu e mai puţin adevărat însă că pentru o boală ca tuberculoza vor trebuì încă mulţi ani pentru a se stabilì într'un mod precis eficacitatea şi durata imunităţii produse prin această vaccinaţiune antituberculoasă pe care Behring a numit-o *jenerizare*, pentru a arătà analogia vaccinaţiunii contra variolei.

E adevărat că au fost şi alţi autori cari au experimentat vaccinaţia contra tuberculuzei la animalele bovine, însă urmărirea pe o scară întinsă şi sistematică a acestei cestiuni şi prima publicaţiune asupra rezultatului i se datoreşte lui Behring.

In urma comunicărei lui Koch la Congresul dela Londra în 1901, Behring în unire cu Ruppel şi Romer au făcut studii întinse asupra virulenţei, încercând peste 30 de culturi de bacilii tuberculozei de diferite origini şi a găsit că în ceea ce priveşte bacilul tuberculozei umane şi bovine, ei sunt identici, nu de specie diferită cum credeà Koch, ci au numai o virulenţă diferită, din cauza adaptaţiunii lor în corpul omului sau animalelor bovine şi am putea zice că reuşita vaccinaţiunei antituberculoase la bovidee prin bacilul uman, constitue tocmai proba cea mai bună despre identitatea bacilului uman şi bovin.

Behring după ce a încercat în zadar să prepare un ser antituberculos dela animale tratate cu extracte din corpul bacilului tuberculozei (toxine, corpuri microbiene), s'a oprit la întrebuinţarea unui bacil uman, aşà modificat încât întrebuinţarea lui sistematică este inofensivă pentru animalul supus imunizării. Acest bacil e izolat dela om şi întreţinut de 8 ani în cultură artificială, (aşa numita cultură No. 1) fără a fi trecut nici odată dela obţinerea lui prin corpul animalelor, aşa că el a perdut foarte mult din virulenţa lui. Prin urmare nu este altceva de cât metoda lui Pasteur de atenuarea virusului întrebuinţată la cholera pasărilor şi cărbune.

Behring întrebuinţează pentru imunizarea animalelor culturi de 4—6 săptămâni de acest bacil cultivat pe ser glicerinat, complect uscate în vid la temperatura ordinară cari îşi păstrează acţiunea imunizantă vre o 30 de zile neschimbată, apoi slăbeşte. El face vaccinaţiunea în două timpuri, făcând totdauna injecţiuni intravenoase. Prima injecţie se face cu 4 miligrame (1 unitate imunizantă) din această cultură uscată şi bine triturată în mojar cu 2 c. c de soluţie salină 1 %. A 2-a injecţie se face cu 20 miligrame din aceeaşi cultură (= cu 5 unităţi imunizante). A doua inoculaţie se face după 4 săptămâni dela prima.

Behring recomandă ca pentru vaccinaţiune să se aleagă mai bine animalele tinere, de 4—12 luni, cari să nu prezinte nici un semn vizibil a vreunei boale. Inainte de vaccinaţie să se ţie animalele în grajd şi să li se iea temperatura seara şi dimineaţa, de asemenea să li se iea temperatura şi în ziua inoculaţiei şi 2 zile după inoculaţie, tot de 2 ori pe zi. Animalele trebuesc însemnate, numerotate şi să se observe fenomenele, ce le prezintă după vaccinaţie de medicul veterinar, care face inoculaţiile.

Vaccinul este dat în comerţ şi se găseşte de vânzare sub numele de *bovovaccinul lui Behring* la casa (firma) Dr. Siebert şi Ziegenbein la Marburg a. d. Lahn.

Behring a elaborat nişte instrucţiuni amănunţite pentru întrebuinţarea bovovaccinului, în cari indică: 1) cum să se aleagă animalele de vaccinat. 2) Numerotarea vitelor vaccinate. 3) Inregistrarea observaţiei cu o curbă termică după o anumită tabelă şi o observaţie generală asupra igienei animalelor a existenţei tuberculozei între aceste animale, rezultatul întrebuinţării altor mijloace de profilaxie. 4) Technica măsurării temperaturii 5) Vaccinul. 6) Dozarea vaccinului. 7) Cutia cu instrumente. 8) Practicarea injecţiunilor intravenoase.

Behring cere ca aceste prescripţiuni să fie urmărite cu cea mai mare scrupulozitate, pentru reuşita metodei şi pentru urmărirea animalelor imunizate. Căci s'au întâmplat confuziuni şi efecte vătămătoare din cauza vaccinaţiunii făcute de persoane neinstruite în aplicarea metodei d. e. prin emulsiunea incomplectă a mesei de cultură prin injecţiunea emulsiunii prea rece (el recomandă a se încălzi până la temperatura corpului emulsiunea de injectat), prin injecţiunea animalelor deja atinse de pneumonie, etc. Aşà că injecţiunile se cer să se facă de medici veterinari bine pregătiţi atât pentru a alege animalele, cari sunt bune de imunizat, cât şi pentru prepararea vaccinului şi practicarea injecţiunilor.

Behring relatează că până acuma s'au făcut peste 10.000, de vaccinaţiuni la vite, după metoda lui cu bun rezultat, acolo unde s'au practicat întocmai după prescripţiunile lui şi că animalele observate de mai bine de 2 ani dela vaccinaţie, s'au comportat ca imune contra tuberculozei, pe când acele de control cari au stat cu acele vaccinate în grajduri cu animale tuberculoase au contractat tuberculoza.

Această imunitate se mai poate probà şi altfel după Behring inoculând experimental tot intravenos sau subcutan animalele vaccinate cu tuberculoză bovină, cu o cantitate de bacili, cari omoară singur în 8 săptămâni animalele de control injectate în acelaşi timp. E mai bine însă ca la aceste animale vaccinate să injecteze intravenos prealabil o cantitate ceva mai mică de bacili bovini însă, tot mortală pentru animale nevaccinate şi apoi să se injecteze după 5—6 săptămâni cantitatea masivă pentru controlul imunităţii, care se injectează simultan şi la animale de control nevaccinate.

O altă vaccinaţie antituberculoasă la bovidee a fost preconizată în timpul din urmă de către **Baumgarten**, care a produs chiar prin o singură injecţiune sub cutană de bacilii tuberculozei umane la vite, un grad de imunitate destul de mare ca să reziste contra unei injecţiuni de bacili bovini, cari produceau o infecţiune mortală la animalele de control. Această imunitate a durat peste 2½ ani, aşà că el crede că se poate înlocuì injecţiunea intravenoasă prin injecţiunea subcutană, şi **Hutyra** a obţinut cu aceste injecţiuni o imunizare sigură la vite.

Pearson şi **Gililand** au imunizat de asemenea vite cu succes injectând intravenos bacilii tuberculozei umane, în doze crescânde în cantitate de 0,16 gr. în timp de 2 luni la diferite intervale. După 2 luni dela ultima injecţie s'au făcut injecţiuni intratracheale cu bacili bovini atât la animalele vaccinate cât şi la animale nevaccinate. După 2 luni dela injecţie s'au omorît toate animalele şi s'a văzut că animalele vaccinate nu prezintau nici o leziune de tuberculoză, pe când animalele nevaccinate prezentau numeroase focare tuberculoase în pulmoni şi ganglionii limfatici.

Koch, **Schütz**, **Neufeld** şi **Miessner** au făcut de asemenea vaccinaţiuni contra tuberculozei bovideelor, întrebuinţând fie bacili umani, fie bacili bovini atenuaţi, cu cari a reuşit să imunizeze tot aşà de bine, ca şi bovovaccinul lui **Behring**. După ei se poate vaccinà cu ori-ce cultură umană, deosebirile sunt în privinţa reacţiunii, căci la unele culturi reacţiunile sunt mai mari; apoi culturile mai tinere produc o febră mai lungă decât cele mai vechi, însă aceste diferenţe se pot uşor egalizà printr'o dozare făcută prealabil la animale de experienţă.

După ei e de ajuns să se facă o singură injecţiune cu 7—3 cgr. de bacili de tuberculoză umană sau bovină atenuată, pentru a imunizà bovideele contra tuberculozei bovine. Bacili de injectat se cultivă în bulion glicerinat şi se ţin 30—40 zile la termostat. Peliculele se usucă apoi între foi de hârtie de filtru şi se cântăreşte cu balanţa de preciziune 7—3 cgr., se emulzionează apoi cu 10 c. c. de soluţie fiziologică, care se injectează apoi intravenos. Imunitatea complectă se produce de abià după vre-o 3 luni. Ei conchid că prin această metodă simplă se poate produce o imunizare adevărată cu multă siguranţă, contra unei cantităţi mari de material virulent. Însă această numai în ceeace priveşte infecţiunea experimentală. In ceeace priveşte infecţiunea naturală ea este mai complexă şi mai variabilă şi nu se poate studià decât în practica medicinei veterinare, cum se vor comportà animalele imunizate după metoda lor.

In fine şi Thomassen dela Utrecht a publicat o vaccinaţie antituberculoasă la bovidee, care e analoagă cu aceea a lui Behring, Schütz, etc., întrebuinţând tot injecţiuni intravenoase de bacili umani proaspeţi, puţin virulenţi. Animalele tinere (de preferinţă de 6 săptămâni), înainte de a fi infectate, se tuberculinizează pentru a vedeà dacă nu reacţionează, căci acelea se exclud dela vaccinaţie. La animalele nereacţionate se injectează 7 mlgr. bacili umani, după o lună 10 miligrame şi apoi iară după o lună 20 miligrame. La încercările făcute de Thomassen la animale vaccinate cu vaccinul lui Behring, animalele injectate cu bacili virulenţi bovini devin tuberculoase, aşà că trebue studiată încă durata imunităţii la animalele vaccinate contra tuberculozei în general.

LITERATURA

1). **v. Behring.** Beiträge zur Frage der Rindertuberculose — Immunisirung *in Beiträge zur Experimentellen Therapie.* Heft. 10. 1905.

2). **Idem.** *Zeitschrift f. Thiermedicin.* 1904.

3). **Koch, Schütz, Neufeld şi Miessner.** Ueber die Immunisirrung von Rindern gegen Tuberculose. *Archiv für wissenschaftliche und praktische Tierheilkunde.* August Heft. 1905. şi Raport Schütz la Congresul Internaţional de Medicină Veterinară, Budapesta, Septembrie 1905.

4). **Thomassen.** Vaccination contre la tuberculose. Congres Internaţional de Medicină Veterinară dela Budapesta, Septembrie 1905.

5). **Römer.** Ueber die Schutzimpfung gegen die Tuberculose der Rinder. Idem.

6). **Hutyra.** Schutzimpfung gegen die Tuberculose der Rinder. Idem.

CERCETARI ORIGINALE

MM. G. Marinesco et **J. Minéa**

LA LOI DE WALLER ET LA RÉGÉNÉRESCENCE AUTOGÈNE

I

Ont sait que Waller à la suite de nombreuses recherches expérimentales faites principalement sur les racines du 11-ème nerf cervical du chat et du chien formula en 1856 la proposition suivante: Quand on interrompt un cordon nerveux de façon a empêcher sa régénération, le bout périphérique, séparé de son centre trophique, dégénère tandis que le bout central, resté en rapport avec ce centre, demeure normal. Il a montré ensuite que les fibres dégénérées étaient suivies d'un processus de régénérescence aboutissant à la restauration anatomique et fonctionnelle du nerf sectionné.

Waller pensait qu'à la suite de la section, tous les éléments du nerf, le cylindre-axe et la membrane de Schwann, aussi bien que la myéline, subissent la dégénération et disparaissent complétement; par conséquent, tout est détruit quand la régénération commence. Il s'ensuivait nécessairement de là que la régénération est radicale, c'est-à-dire que les tubes nerveux de nouvelle formation n'empruntent absolument rien aux anciens. C'est en effet l'opinion que Waller a adoptée au sujet de la régénération; et, s'appuyant sur ce que l'on savait du développement des nerfs chez l'embryon, il est arrivé à la conclusion que las nouveaux nerfs proviennent du segment central.

Les propositions contenues dans la loi de Waller(¹), c'est-à-dire l'intégrité du bout central sectionné, la dégénérescence du bout périphérique, et la régénérescence de ce dernier par des fibres provenant du bout central ; ont été considérées comme de véritables dogmes ne subissant pas d'exceptions. Si pendant longtemps, ces dogmes ont été considérés comme inébranlables, nous savons aujourd'hui qu'il n'y en a qu'un hors de toute contestation, autrement dit, la dégénérescence du bout périphérique. Les deux autres propositions : l'intégrité du bout central, et surtout la régénérescence des fibres du bout périphérique par l'intermédiaire des bourgeons cylindraxes partis des fibres intactes du bout central ont été attaquées à plusieurs reprises. Peu de temps après la publication de Waller, Schiff(²) a affirmé qu'on ne peut pas parler d'un bourgeonnement des fibres du bout central pour la simple raison que les cylindraxes ne disparaissent pas dans le bout périphérique après la section du nerf.

En 1859, Philippeaux et Vulpian, ont fait des expériences multiples sur de jeunes chiens, cobayes, et poulets, auxquels ils ont enlevé de grosses portions des nerfs sciatique, médian, hypoglosse et lingual; de manière a empêcher la réunion des bouts sectionnés. Quelques mois après l'opération, ils mirent à nu les nerfs sectionnés et ils constatèrent à leur grande surprise que les nerfs periphériques ne prèsentaient pas du tout l'aspect dégénéré, mais qu'ils étaient blancs et consistants. L'excitation électrique de ces bouts périphériques donnait naissance à des réactions musculaires, et au microscope, ils y voyaient un grand nombre de fibres nerveuses constituées par un cylindraxe et une gaine de myéline. D'autres fibres cependant, n'avaient pas du tout l'aspect normal. Si l'on venait à couper encore le bout periphérique, ce dernier subissait alors une nouvelle dégénérescence, tandis que le segment du bout central restait intact. Ils ont tiré de ces recherches la conclusion que chez les animaux jeunes, il existe une régénérescence complète du bout peripherique

---

(¹) Waller. Nouvelle méthode anatomique pour l'investigation du système nerveux. Comptes rendus de l'académie des sciences 1852. Expériences sur les sections des nerfs. *Gazette médicale.* 1856.

(²) Schiff. Sur la dégénérescence paralytique des nerfs. Sur quelques conditions de la régénération des nerfs sectionnés. *Semaine medicale.* 1877. p. 262.

et c'est pour cette raison qu'ils l'ont baptisée du nom de régénéréscence autogène. C'est encore pour cela qu'ils ont admis que chez les animaux adultes, la régénérescence ne se fait pas au dépens des fibres du bout central. Mais, presque tous les auteurs, se sont montrés sceptiques à l'égard des expériences de Philippeaux et Vulpian(³), sans cependant les avoir répétées sur de jeunes animaux. Les faits en étaient là lorsque en 1874, Vulpian repétant les mêmes expériences sur des animaux jeunes et obtenant les mêmes résultats, changea cette fois l'interprétation de ces derniers et adopta la loi de Waller.

Dans son travail de 1874, Vulpian relate de nouvelles expériences ayant trait à l'arrachement du nerf lingual et il conclut que le bout périphérique de ces nerfs ne se régénère que parce que des filets, filaments et tubes nerveux qui avaient été coupés pendant l'opération, et qui se rendaient à ce bout périphérique, reprennent leur continuité et rétablissent des relations anatomo-pathologiques entre ces nerfs et les centres nerveux, par l'intermédiaire d'autres nerfs plus ou moins voisins. Du reste, ajoute-t-il plus loin, on comprend ainsi pourquoi tous les nerfs ne se régénèrent pas aussi facilement dans ces conditions. C'est que vraisemblablement, le bout périphérique, ne se trouve pas après l'arrachement du bout central ou l'excision d'un long tronçon, en rapport avec un même nombre de filaments des tubes anastomotiques ou autres, qui, après s'être altérés, peuvent recouvrer leur continuité et rétablir la communication entre ce bout périphérique et les centres nerveux. C'est ainsi que la régénération dite autogène, n'a lieu que dans les plus faibles proportions lorsqu'il s'agit du nerf sciatique. Si on excise sur un lapin ou sur un autre mammifère un segment long de quelques centimètres du nerf sciatique, et à plus forte raison si on arrache sa partie centrale, on ne trouve au bout de quelques mois qu'un petit nombre de tubes nerveux régénérés dans le bout périphérique de ce nerf.

Vulpian explique d'une manière analogue la régénération

(³) Philippeaux et Vulpian. Note sur des expériences démonstrant que des nerfs separés des centres nerveux . . . etc. *Comptes rendus de l'academie.* 1859.

des tronçons nerveux transplantés sur la peau de l'abdomen et qu'il avait observée avec Philippeaux.

D'après Ranvier(¹), dans le segment central, le cylindraxe est conservé dans les tubes nerveux jusqu'au niveau de la section, excepté dans quelques-uns d'entr'eux ou sous l'influence des cellules lymphatiques, qui le détruisent dans le voisinage immédiat de la plaie. Il est probable que les parties du cylindraxe, qui sont ainsi rongées par les cellules lymphatiques sont celles qui ont été soumises à un certain degré de traumatisme, lors de la section. Les modifications, qui se produisent dans le segment central pendant les deux ou trois premiers jours, l'hypertrophie et la striation du cylindraxe doivent être considérés comme le point de départ de la régénération.

Chaque nouveau cylindraxe formé par fragmentation longitudinale de l'ancien, est le point de départ d'un nouveau tube nerveux. Les nouvelles fibres nerveuses sont d'abord dépourvues de myéline, elles en acquièrent par la suite. Le développement des nouvelles fibres nerveuses aux dépens du segment central se fait par expansion périphérique. Nées dans le bourgeon central, ces fibres se prolongent à travers le segment cicatriciel jusqu'au segment périphérique, et y pénètrent, soit dans les anciennes gaines de Schwann, soit entre ces gaines. Ranvier se range donc à l'opinion de Waller qui a soutenu que les fibres de nouvelle formation, partant du segment central, pénètrent en grande partie dans les tubes dégénérés du segment périphérique où elles trouvent un milieu convenable pour leur végétation. Seulement, ces fibres, d'après Ranvier, ne se rangent pas toutes dans l'intérieur des anciennes gaines de Schwann, quelques-unes s'insinuent entre ces gaines et s'y montrent; soit isolées, soit groupées en faisceaux.

Ranvier explique le résultat de l'expérience d'auto-régénérescence de Philippeaux et Vulpian par des relations anatomiques entre le segment central et le segment périphérique, mais que ces relations ont échappé par suite d'une observation insuffisante. A l'appui de sa manière de voir, il cite l'observation suivante: chez un lapin auquel il avait coupé le nerf sciatique

---

(¹) Ranvier. *Leçons sur l'histologie du système nerveux.* 1873. pag. 158, 186 et 190.

au niveau de l'échancrure ischiatique, Ranvier a vu 100 jours après l'opération, qu'il s'était formé un bourgeon central volumineux et un bourgeon périphérique de moindre dimension. Ces deux bourgeons distants d'un centimètre environ se terminaient d'une manière indépendante l'un de l'autre, et reposaient seulement sur une membrane brillante, qui revêtait le sillon et qui paraissait être de nature conjonctive. Le segment cicatriciel semblait manquer complètement, mais en badigeonnant à plusieurs reprises avec un pinceau trempé dans une solution d'acide osmique à 1 p. °/₀, la région intermédiaire entre les deux bourgeons nerveux; l'auteur a vu s'y dessiner de petites lignes noires s'entrecroisant en différents sens, ce qui indiquait la présence de fibres nerveuses à myéline. Effectivement, il a pu se convaincre que cette membrane était constituée par un véritable plexus, dont l'un des faisceaux nerveux s'étendait du segment central au segment périphérique.

Sigmund Mayer(¹), avaient soutenu qu'il se forme dans le segment central d'un nerf sectionné des cellules nerveuses. Ranvier(²) a également vu qu'il s'y forme en effet des corps, qui ne sont pas sans analogie avec les cellules ganglionnaires. Il a observé de ces singulières formations dans le segment central, dans le segment cicatriciel, quelques-unes même dans le bourgeon périphérique.

Elles se montrent sous la forme de globes réfringents, homogènes, se colorant en gris plus ou moins foncé par l'acide osmique et qui le plus souvent, simulent des cellules bipolaires et semblent placés sur le trajet d'une fibre sans myéline. Un examen attentif ne lui a pas permis de reconnaitre dans ces globes l'existence d'un noyau, aussi Ranvier ne les considère pas comme des cellules nerveuses.

La dégénérescence et la régénérescence discontinues, soutenues dejà par von Koributt-Daskiewicz, Wolberg, Herz Neumann, etc., ont été démontrées jusqu'à l'évidence par V Bügner, Howell et Huber, Wibeting, Bethe, Durante.

(¹) Sigmund Meyer. Über Vorgänge der Degeneration und Regeneration im unverletzten peripheren Nervensystem. *Zeitschrift f. Heilkunde.* Bd. II. 1881. p. 154.

(²) Ranvier. Loc. cit.

D'après von Bügner(1), les noyaux de la gaine de Schwann commencent à se multiplier quatre jours après le traumatisme des nerfs par le processus de la karyokynèse. Le protoplasma qui entoure ces noyaux augmente et donne naissance à des cellules fusiformes, qui par leur fusion constituent des bandes cellulaires. Dans ces dernières, il apparait au voisinage des noyaux une striation fibrillaire qui s'étend sur tout son trajet. Les noyaux qui, au commencement, sont situés au centre de la fibre, se déplacent plus tard et occupent le côté des fibres de nouvelle formation. Le processus de différenciation des bandes cellulaires, est beaucoup plus avancé à l'extrémité du bout central, de sorte qu'au niveau des traumatismes, elles sont plus developpées qu'à une certaine distance de la région traumatisée. La gaine de myéline apparait également comme le cylindraxe, d'une façon discontinue au voisinage du noyau. D'après cet auteur, il résulte que les fibrilles de nouvelle formation se forment d'une façon discontinue par l'intermédiaire des cellules de Schwann, mais toujours sous l'influence du centre.

Howell et Huber(2) sont arrivés à la suite de leurs recherches à des résultats presque identiques. Déjà au commencement de la régénérescence, les noyaux de la gaine de Schwann se multiplient par mitose, leur protoplasma augmente et fusionne avec celui du noyau voisin formant ainsi une bande.

C'est de cette manière qu'à l'intérieur des anciennes gaines de Schwann il se produit de longues bandes contenant des noyaux sériés.

Les recherches les plus intéressantes et les plus complètes que nous possédions actuellement sur l'auto-régénérescence des nerfs périphériques sont celles de Bethe. Déjà dès l'année 1901, cet auteur avait conclu de ses expériences, que les fibres des nerfs périphériques sectionnées, mises dans des conditions favorables, peuvent se régénérer indépendamment de leur cellules d'origine. En 1903, Bethe(3) a publié les résultats complets de ses recherches expérimentales. Ces recherches ont porté sur quinze chiens âgés de 8 jours à 8 semaines, intéressant tantôt un, tantôt les deux sciatiques à la fois. Il indique également les procédés qu'il a employés dans ses opérations: tantôt, il a sectionné le nerf sciatique à la partie supérieure de la cuisse, ou réséqué une partie de son bout périphérique, puis, pour empêcher les deux bouts de se réjoindre, il a enfoncé le bout distal dans des masses musculaires voisines; tantôt, il a arraché le nerf sciatique à sa sortie du trou sacro-sciatique, puis après avoir réséqué un morceau du bout périphérique, il a replié celui-ci entre les masses musculaires du creux poplité.

---

(1) v. Bügner. Über die Degenerations und Regenerations-vorgänge an Nerven nach Verletzungen. *Zieglers Beiträge*. Bd. 10. 1891. p. 321—387.

(2) Howel et Huber. A. physiological, histological und clinical study of the degeneration und regeneration, etc. *Journal of. Physiol.* Vol. 13. 1892. p. 333—406. Vol. 14. 1893. p. 183.

(3) Bethe. *Allgemeine Anatomie und Physiologie des Nervensystems.* 1903, pag. 183.

Les nombreuses expériences pratiquées par Bethe sur la régénérescence autogène des nerfs complètement isolés de leur centre lui ont montré que cette régénérescence est réelle. Les nerfs régénérés de cette manière regagnent non seulement leurs propriétés morphologiques, mais aussi leurs propriétés physiologiques. Ils sont excitables et capables de conduction. Dans ces nerfs, Bethe a vu une gaine de myéline, un cylindraxe avec des neuro-fibrilles possédant la coloration primaire.

Bethe a constaté des faits encore plus curieux; un nerf réparé d'une manière autogène et par conséquent tout à fait indépendant du bout central, dégénère de nouveau lorsqu'il est sectionné; mais cette dégénérescence existe seulement à la périphérie, tandis que son bout central reste intact, bien entendu en dehors de la dégénérescence traumatique, qui existe à son extrémité. Cette expérience démontre à Bethe de la manière la plus éclatante que l'intégrité du bout central, après une section nerveuse ne dépend pas de sa connexion avec la cellule nerveuse (1).

Une autre expérience de Bethe qui devrait donner beaucoup à méditer aux physiologistes, si elle venait à être confirmée, est celle qui consiste dans la section du sciatique à deux endroits différents, de manière à ce que la portion sectionnée soit complètement isolée du coté du centre comme du coté de la périphérie. Même dans ce cas, Bethe affirme avoir obtenu la régénérescence de la portion du nerf isolé.

Chez les animaux adultes, la régénérescence autogène est incomplète, elle s'arrête à mi chemin. Aussi, Bethe est-il obligé d'admettre une influence des centres nerveux sur les nerfs dégénérés, d'autant plus que la régénérescence se fait plus rapidement dans le bout central du nerf. Il croit comme Schiff que le bout central a un effet excitateur sur la régénérescence du bout périphérique. Ce dernier se régénère avec ses propres moyens, mais le bout central lui transmet quelque chose qui soutient ou renforce le processus de régénérescence. Il n'est pas nécessaire d'admettre que ce quelque chose transmis par le bout central au bout periphérique provient de la cellule, car dans ce dernier cas, on ne saurait plus comprendre la régénérescence autogène d'une portion de nerf, complètement isolée de son centre. Il est plus rationnel d'admettre d'après Bethe que le bout central ayant mieux conservé son intégrité anatomique, transmet au bout periphérique l'excitation nécessaire pour compléter la régénérescence nerveuse.

---

(1) Durante. Neurone et Neurule. *Bulletin médical* 1905. No. 65.

Il n'y a que chez les animaux jeunes où la nutrition est très active, que le bout périphérique peut se passer de la stimulation nécessaire à l'excitation.

De toutes ces recherches expérimentales, si nombreuses et si variées, Bethe croit pouvoir tirer la conclusion que la régénérescence des nerfs séparés de leur centre n'est pas fonction des cellules nerveuses, mais constitue une propriété des nerfs. Fleming (1) a sectionné des nerfs chez le lapin et étudié la régénération nerveuse. Il rejette la théorie centrale et admet la théorie périphérique: le bout périphérique du nerf sectionné dégénère complètement, les filets nerveux néo-formés se constituent aux dépens des tissus périphériques (cellules conjonctives et cellules du névrilème) et se mettent en continuité avec le segment central du nerf sectionné.

D'autre part, Fleming a examiné les nerfs de quatre malades atteints de névrite périphérique et a observé des phénomènes de régénération rappelant ceux qu'il a observés après les sections de nerfs.

Münzer en contrôlant le résultat des recherches de Bethe est arrivé à des conclusions contradictoires. Il est vrai qu'il ne s'est pas mis dans les mêmes conditions que Bethe, parce qu'il a fait usage de jeunes lapins âgés de trois à six semaines; auxquels il a réséqué le nerf sciatique sur une longueur de 1 à 2 centimètres. Après une survie de trente-deux, cinquante quatre, cent et cent cinquante sept jours, le bout périphérique était très atrophié, son excitation était sans influence aucune sur les muscles du mollet. Ceux-ci étaient d'ailleurs très atrophiés également et jaunes. L'examen histologique a montré que le bout périphérique du nerf atrophié se terminait par un névrome constitué d'un nombre considérable de fibres nerveuses excessivement grêles, brunissant à peine sous l'action de l'acide osmique, tandis qu'un tout petit nombre de ces fibres montraient la coloration noire normale.

---

(1) Fleming. La théorie périphérique de la régénération des nerfs et la névrite périphérique. *„Scottisch Medic. Journal“* Sept. 1902.

Münzer conclut de ses recherches que, conformément aux observations de Bethe, le bout périphérique d'un nerf sectionné renferme des fibres nerveuses régénérées. Il pense cependant que l'opinion de Bethe d'après laquelle ces fibres nerveuses auraient subi une autorégénération n'est pas démontrée.

Van Gehuchten(¹) a fait des expériences sur de jeunes chats pour contrôler les recherches de Bethe. Dans une première série, il a mis à nu le nerf sciatique, le long de la face postérieure de la cuisse et a réséqué un morceau de 15 à 20 millimètres. Les chats ont survécu trois et quatre mois. A l'autopsie, il a constaté que les deux bouts du nerf s'étaient rejoints, le nerf du côté opéré avait le même aspect que celui du côté normal, on ne voyait aucune trace de jonction des deux bouts, la seule différence entre les deux nerfs sciatiques c'est que celui du côté opéré était un peu plus mince que celui du côté sain. Dans la deuxième série d'expériences, les opérations ont été pratiquées sur de jeunes chiens âgés de 10 jours. Après avoir mis a nu le nerf sciatique à la partie supérieure de la cuisse, Van Gehuchten a arraché ce nerf à l'aide d'une pince. Chez aucun d'entr'eux, la rupture n'a eu lieu à la surface de la moelle entraînant les racines antérieures et les racines postérieures avec les ganglions correspondants, comme cela se fait d'ordinaire chez le jeune chat et chez l'adulte. Puis l'auteur a enlevé un bout périphérique

---

(¹) Van Gehuchten. Structure interne des cellules nerveuses. Le névraxe 20 Mars 1904, p. 109.

de deux a trois centimètres de longueur. En examinant un de ces chiens, 83 jours après l'arrachement, il a trouvé le bout périphérique à la partie supérieure du creux poplité; le nerf avait une couleur d'un blanc gris tout à fait spécial, le bout central du nerf se trouvait à la partie supérieure de la cuisse, séparé du bout périphérique par une distance d'environ 3 centimètres, il avait l'aspect d'un nerf normal. L'excitation du bout central par un courant induit très faible amenait une réaction douloureuse de la part de l'animal, ainsi qu'une contraction énergique dans les muscles de la région postérieure de la cuisse. L'excitation du bout périphérique, même avec un courant induit intense ne produisait aucune réaction douloureuse, mais les muscles du mollet se contractaient énergiquement en même temps que l'on observait des mouvements d'extension des orteils. A l'autopsie de cet animal, Van Gehuchten n'a rencontré aucune anastomose entre le bout périphérique et le bout central. Le premier se terminait par une partie renflée adhérente à un des muscles de la cuisse. Donc, au point de vue de la conductibilité et seulement pour le cas actuel, les recherches de Van Gehuchten confirment celles de Bethe. Mais au moment de la publication de son travail, il n'a pas encore fait l'examen histologique. Van Gehuchten ajoute que s'il se confirme par cet examen, que le bout périphérique est bien séparé anatomiquement du bout central, et que de plus, s'il existe dans le bout périphérique des fibres régéneres, il lui parait alors hors de doute que le cylindraxe d'une fibre nerveuse, ne peut plus être considéré comme le simple prolongement d'une cellule nerveuse, puis que dans ses recherches, le cylindraxe des fibres du bout périphérique a pu se former sans intervention aucune des cellules médullaires. Par le fait même, l'unité embryologique du neurone ne peut plus être maintenue. Mais ce fait, quelque important qu'il soit, ne change en rien la doctrine des neurones, telle qu'il l'a toujours comprise.

L'autorégénérescense des nerfs a trouvé en Durante (¹) un défenseur ardent qui a plusieurs reprises, a soutenu l'existence du processus d'autorégénérescence et même a apporté en sa faveur

---

(¹) Durante. A propos de la théorie du Neurone. Revue Neurologique, 30 Iunie 1904. No. 12.

une observation anatomo-pathologique de nature à confirmer l'autorégénérescence chez l'homme.

On peut résumer cette observation de la manière suivante apparition chez un enfant, d'une tumeur du médian au niveau du poignet gauche, cette tumeur d'abord indolente, augmente de volume et occasionne des douleurs variées dans les territoires de ce nerf. A l'âge de 23 ans, on résèque le médian depuis le milieu de l'avant bras jusqu'au tiers supérieur de la paume de la main.

A la suite de cette opération, les troubles moteurs sont limités à une paralysie des muscles opposants du pouce et du court abducteur. Il y a eu d'abord conservation de tout esles sensibilités, sauf en un point restreint. L'anesthésie disparait plus tard sans que l'on puisse invoquer aucune réunion des deux bouts.

L'autopsie pratiquée quatre mois après permet de vérifier l'absence du tronc nerveux sur une étendue de 10 centimètres. Le bout supérieur entouré de graisse et considérablement hypertrophié, présente un névrome terminal comme le bout central. Histologiquement, le bout central montre ses faisceaux dissociés dans les tissus cellulaires laches et les tissus adipeux. Ces faisceaux petits, éparpillés, et en tourbillon dans le névrome terminal, sont réguliers et volumineux dans le tronc du médian. Mais ici, ils sont composés d'un mélange de fibres laches à myéline et de fibres fines à caractères pleins, ou privées de myéline.

Dans le bout périphérique au niveau du moignon, on ne trouve pas une fibre à myéline, mais le bout transversal montre la section de faisceaux beaucoup plus larges que ceux du névrôme Le neuroblaste fusiforme, qui au cours du développement s'était différencié en fibrilles et en couches myélogènes perd cette différenciation devenue inutile et repasse à l'état de cellule nerveuse indifférente. Ces cellules plus ou moins modifiées persistent dans le groupe périphérique et serviront dans la suite à la régénération du tube nerveux. Pour que cette régression se produise, il importe toutefois que l'arrêt de l'excitation nerveuse soit complet, par interruption du nerf ou par destruction de tous ses rapports avec les centres. Il semble que quelques anastomoses centrales conservées (lésions discrètes et diffuses) qu'un segment du nerf même à l'état embryonnaire (nevrites périphériques) puissent souvent permettre la transmission d'excitation suffisante pour conserver aux autres neuroblastes leur différenciation spécifique.

Néanmoins, Durante, ne se décide pas comme Bethe, d'enlever à la cellule ganglionnaire toutes ses prérogatives et la réduire à un simple carrefour fibrillaire. Il lui semble en effet qu'elle doit non pas créer de toutes pièces, mais modifier l'excitation nerveuse et posséder une certaine action sur la direction de l'influx nerveux.

L'intégrité morphologique des organes dépendant de leur excitation physiologique normale, ce serait à la suppression des voies par lesquelles pourrait se transmettre cette excitation, bien plus qu'à l'altération du protoplasma ou du noyau de la cellule ganglionnaire, qu'il faudrait attribuer la régression cellulaire caractérisant l'amyotrophie ou la dégénérescence, dite wallérienne.

Il me semble qu'il y a une grande ressemblance entre la théorie de Durante et celle que j'ai proposée autrefois sur le rôle qu'excercent les excitations centripètes dans l'intégrité morphologique de l'élément nerveux. Nous différons cependant complètement en ce qui concerne le mécanisme de l'atrophie rétrograde, car cet auteur pense que cette atrophie est indépendante de toute lésion centrale et qu'il s'agit d'une propagation lente et progressive du point lésé vers l'origine du tube nerveux.

Les expériences toutes récentes de Lugaro, desquelles il n'a donné q'un résumé au XII-ême Congrès de Phréniâtrie Italienne sembleraient, décisives. Lugaro, chez des chats et des chiens jeunes, a pratiqué l'ablation de tous les ganglions lombosacrés et des racines antérieures correspondantes dans leur trajet extra-dural. Puis, il a mis a nu le sciatique, l'a sectionné et arraché son bout central.

De cette manière, le sciatique est, d'une part, complètement isolé de ses centres nerveux, et d'autre part, il reste en continuité avec le tissu où il se répand. L'examen histologique du nerf sciatique chez le chat, pratiqué 81 jours, trois mois et dix sept jours, et chez deux chiens, tués deux et quatre mois après l'opération'a montré que le tronc du sciatique est absolument inexcitable et qu'il ne contient pas la moindre trace de fibres myéliniques ni de cylindraxes. Par contre, le nerf crural et obturateur, qui n'ont pas été arrachés, présentent un processus actif de régénérescence et même dans quelque cas, leur excitation détermine des contractions dans les muscles qu'ils innervent.

Dans les racines postérieures correspondantes, Lugaro a constaté quelques fibres régénérées, dont la présence s'expliquerait d'après lui par l'admission qu'elles proviennent des racines antérieures. Les racines antérieures contiennent des fibres normales, et les cellules correspondantes sont en état d'hypertrophie.

Lugaro (¹) a fait les objections suivantes à la manière de voir de Bethe sur la régénérescence autogène. 1). L'observation négative de Bethe concernant les connexions des fibres dégénérées avec d'autres nerfs ne détruit pas l'observation positive de Müzner. 2) Il est très difficile, sinon impossible, d'exclure, même dans les sections sériées, l'existence de fibres éparses qui, venant des tissus circonvoisins, pénètrent dans le nerf périphérique dégénéré. 3). La dégénérescence du nerf peut agir à la façon d'un agent chimiotaxique sur les fibres intactes et peut déterminer par la voie des anastomoses la néoformation des ramifications collatérales nouvelles. 4) L'absence de réaction des muscles par l'excitation électrique du bout central prouve seulement que les fibres régénérées ne proviennent pas du nerf sciatique.

Medea(²) en injectant de l'éther sulfurique dans le sciatique des lapins a observé dans la portion périphérique de ce nerf, à côté des phénomènes habituels de la dégénération du nerf, de nombreuses fibrilles très minces ou de grosseur différente, se présentant isolées ou réunies de manière à former de petits faisceaux.

Les fibrilles se trouvent le plus souvent dans les interstices des fibres nerveuses.

Elles se retrouvent surtout dans les points où la prolifération nucléaire est plus active. Entre cellules et fibrilles, il ya un rapport de proximité très intime.

La fibrille passe très souvent près de la cellule. L'auteur n'a pas pu constater encore un rapport direct de continuité des fibrilles avec les vieux cylindraxes.

(¹) Lugaro. *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, pag. 550, Noembre 1904.

(²) Medea. L'application de la nouvelle méthode de Ramon y Cajal à l'etude des nerfs périphériques, *Revue Neurologique*, 1905.

Enfin pour finir l'historique de la question, nous ajoutons encore quelque mots à propos d'un travail de Modena (1) sur la dégénérescence et la régénérescence des nerfs périphériques, (travail du Laboratoire d'Obersteiner). Cet auteur, à la suite de nombreuses expériences confirme les recherches de von Büngner, c'est-à-dire que la multiplication des cellules de la gaine de Schwann forme après 10 à 15 jours des bandes striées donnant naissance aux cylindraxes de nouvelle formation. Chez l'animal adulte, il n'y a pas de régénération sans réunion des deux bouts; néanmoins, même dans ce cas, il apparait dans le bout périphérique une tentative de régénérescence qui, chez l'animal jeune est complète, même lorsqu'il n'y a pas de réunion. Cette régénérescence se produit grâce à l'activité des éléments cellulaires dans les gaines de Schwann, mais elle n'est ni durable ni tout à fait complète, s'il ne s'agit pas d'excitations provenant des centres respectifs.

II.

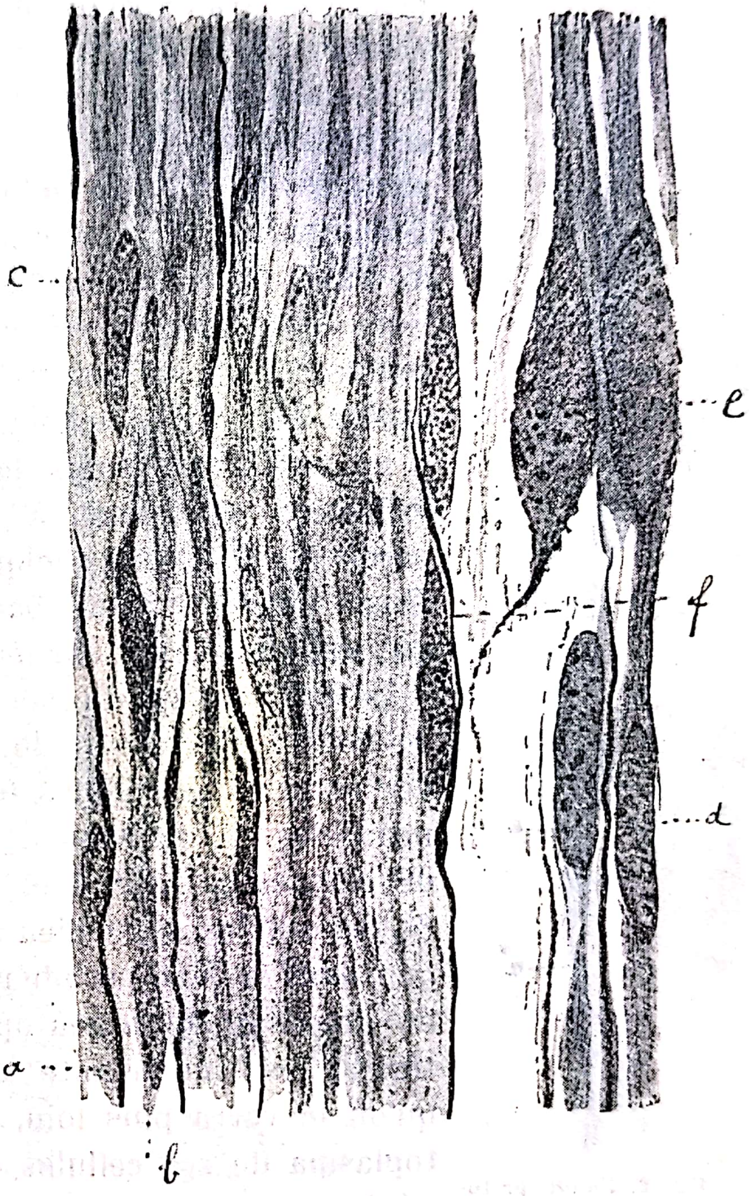
Nous allons donner maintenant le résultat de nos expériences. Elles ont été pratiquées sur de jeunes chiens âgés de quelques jours, sur des cobayes, des lapins et des chiens adultes. Les nerfs en expérience ont été, le sciatique, le crural, le plexus brachial. Ils ont été tantôt sectionnés, tantôt réséqués, tantôt arrachés Nous avons utilisé comme procédé de coloration, la méthode de Cajal à l'argent réduit, précédée ou non par l'alcool ammoniacal; suivant les indications de son auteur. Les animaux ont été sacrifiés, 19, 20, 24, 46, 82, 250, 272, et 313 jours après l'opération.

Nous commençons la description des phénomènes de régénérescence par les modifications que nous avons constatées dans le bout périphérique d'un petit chien âgé de 22 jours, chez lequel on a réséqué le sciatique à l'âge de 3 jours. A l'autopsie, nous avons vu qu'il n'y avait pas de réunion des deux bouts et que le bout périphérique était d'une coloration grise. Sur des coupes longitudinales traitées par la méthode de Cajal, nous voyons déjà à un petit grossissement des lignes noires fines, plus ou moins longues, qui ne sont autre chose que les cylindraxes de nouvelle formation (fig 1).

---

(1) Modena. Die degeneration und regeneration des peripheren Nerven nach Läsion desselben. *Arbeiten aus dem Nevrologischen Institute*, XXI Bd. 1905.

Le calibre des fibres de nouvelle formation chez ce jeune chien de 22 jour varie depuis les fibres excessivement fines, presque invisibles, pauvres en matière argentophile jusqu'aux fibres épaisses et très noires. Rarement ces fibres sont rectilignes et uniformes; la plupart du temps, elles ont un trajet sinueux et présentent de distance en distance des renflements fusiformes, ou bien en croissant. Ces renflements sont quelquefois très rapprochés, tantôt, au contraire, ils sont très écartés les uns des autres. On voit parfois que ces épaississements ont lieu tout près du noyau mais ce n'est pas là une éventualité fréquente. Dans les fibrilles extrèmement minces, on voit sur leur trajet de distance en distance, de fines gra-



(Fig 1) Coupe longitudinale du bout périphérique du nerf sciatique même cas que le précédent. Apparition des fibres fines à l' intérieur des cellules fusiformes. Ces fibres contiennent sur leur trajet des renflements fusiformes.

a)—cellule fusiforme centenant une fibre cotoyant le noyau.

b)—bande protoplasmique dans laquelle au voit au mains deux noyaux. Dans le protoplasma, on aperçoit des granulations disposées en séries linéaires.

c) *d)*—noyau oblongs.

e) noyaux vésiculeux, trés volumineux.

f) fibre ayant l'air de faire son apparition dans l'interstice de deux cellules fusiformes. En réalité, elle se déreppe dans leur protoplasma.

nulations un peu plus colorées que le reste de la fibre, qui donnent à penser que ces fibrilles pourraient se développer aux dépens des granulations des cellules fusiformes constituant des espèces de neurotagmes On voit dans cette pièce de longues traîneès cellulaires qui ne sont autre chose que des colonies de cellules embryonnaires. Les renflements fusiformes que nous avons notés sur le trajet des fibres, ne sont pas toujours colorés uniformément, il arrive en effet que le centre est moins coloré, ou bien forme une espèce de réseau, ou même d'anneau.

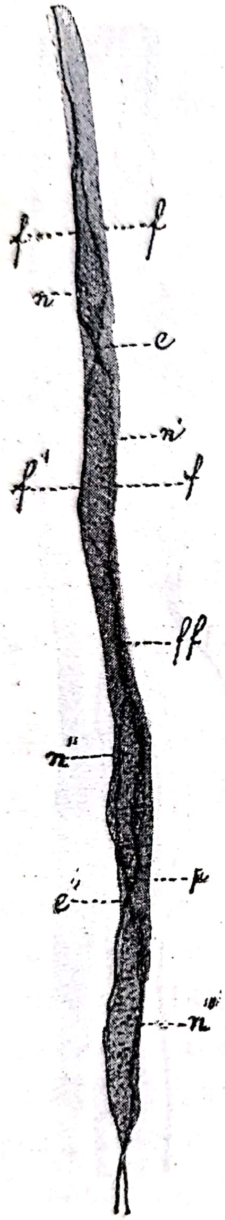


Fig. 2. Bande protoplasmique contenant quatre noyaux et à son intérieur, on voit des fibres qui s'entrecroisent ou bien fusionnent sur divérs points de leur trajet.

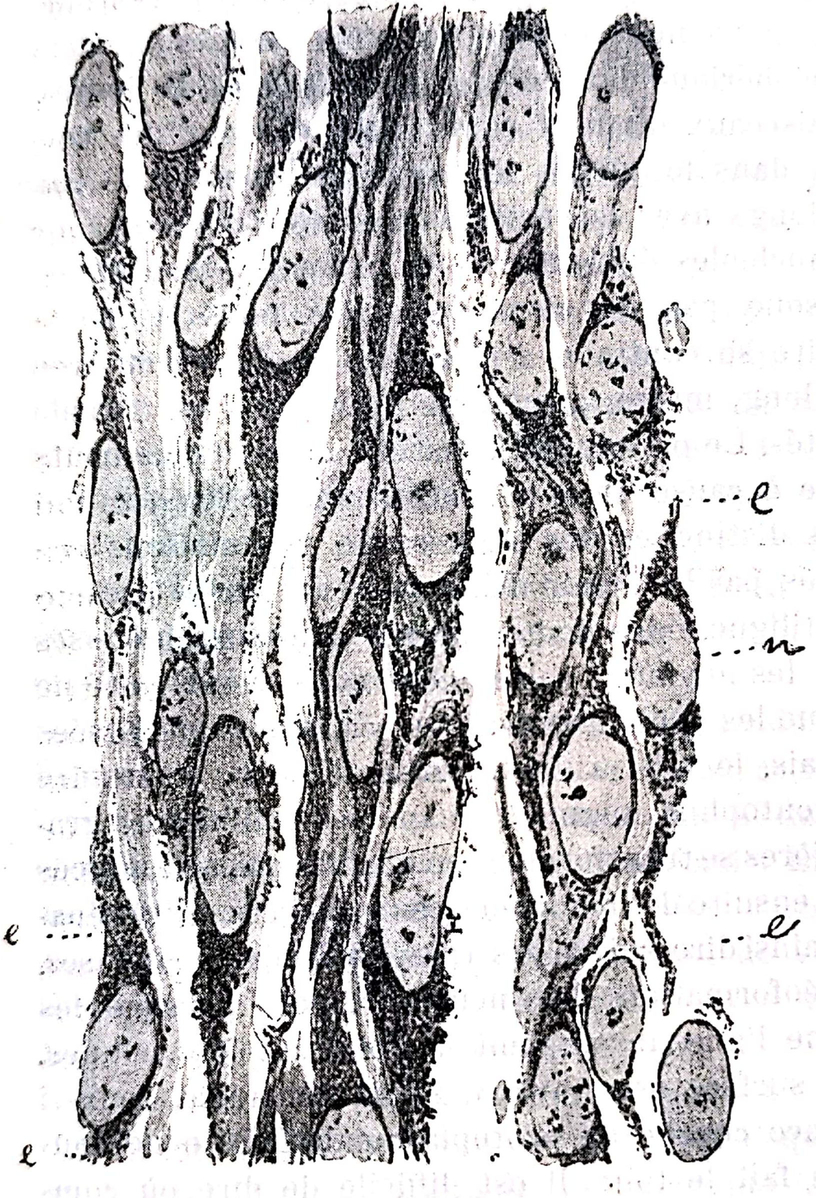
f, f' -- les deux fibres *n, n', n'', n'''*—les quatre noyaux de la bande *e*, *ff*, fusion des deux fibres. *p*, protoplasma.

(Bout périphérique du nerf sciatique sectionné depuis 19 jours).

La plupart du temps, les fibres de nouvelle formation cheminent à côté du noyau qui paraít rejeté de côté, quelquefois, on voit dessus fibres dans la même bande protoplasmique qui s'entrecroisent sur leur parcours (Fig. 2).

Le bout central du même cas, nous montre, en dehors des fibres de nouvelle formation, des colonies de cellules fusiformes, véritables neuroblastes, arrivées à différents degrés de développement (fig. 3 et 4). La constatation de ces cellules aussi bien dans le bout central que dans le bout périphérique et la présence de granulations argentophiles dans leur intérieur est importante à établir, car ainsi qu'on le verra plus loin, c'est grâce au protoplasma de ces cellules que les fibres se régénèrent.

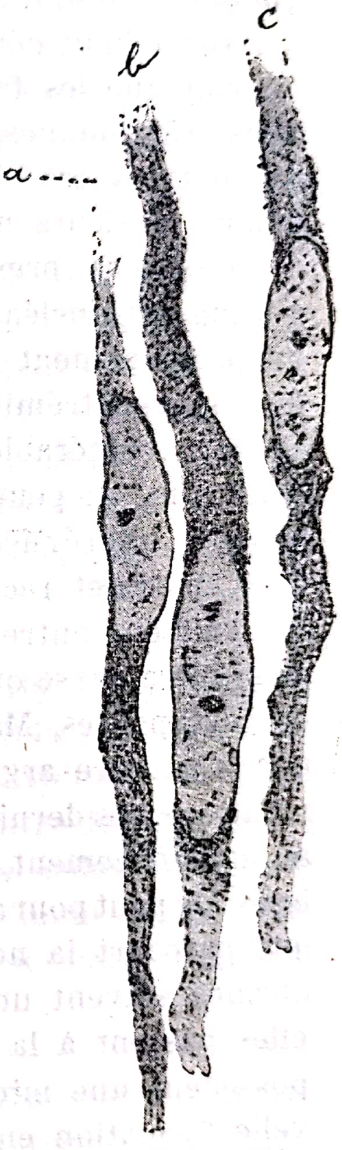
Dans le bout central du nerf sciatique sectionné depuis 20 jours, (chien adulte), on rencontre surtout à son extrêmité terminale, toutes les phases de la régénérescence nerveuse. On voit en effet des cellules fusiformes, des bandes protoplasmatiques et la différenciation du protoplasma de ces cellules en fibres nerveuses, la formation de fibres nerveuses embryonnaires, l'hypertrophie du cylindraxe et sa bifurcation avec une couche délicate de myéline et de gaine de **Schwann**. Parfois, les fibres de nouvelle formation sont très fines et pâles, elles sont réunies en faisceaux et il n'est plus possible de reconnaître l'individualité des cellules fusiformes ou des bandes protoplasmiques dans lesquelles elles se sont développées. Nous avons pu constater



(Fig. 3). Colonie de cellules fusiformes provenant du bout central du nerf sciatique sectionné depuis 19 jours. Ces cellules possèdent un noyau vésiculeux pourvu de nucléoles et de granulations nucléolaires.

Dans le protoplasma on voit un grand nombre de granulations argentophiles. C'est dans ces cellules qu'apparaissent les neurofibrilles.

N—noyau. — *e*, *e*, *e*—extrémités des cellules.



(fig 4) Trois cellules fusiformes arrivées à un stade de developpement plus avancé que celles des figures précédentes Leur protoplasma contient des granulations argentophiles se disposant en séries linéaires (bout central du nerf sciatique sectionné depuis 19 jours chez un chien jeun).

parfois que les fibres de nouvelle formation, au lieu de suivre un trajet rectiligne, décrivent des anses plus ou moins compliquées, et même des appareils en spirale offrant des aspects très singuliers, et desquels nous nous occuperons plus tard.

Dans le bout périphérique de ce nerf (sect. sciatique. 20 jours), on voit que les faisceaux du nerf sont constitués par des cellules très longues, dans lesquelles le noyau est représenté par des fuseaux très longs avec le carioplasma très coloré et contenant plusieurs nucléoles également bien colorés. Ces cellules ne possèdent presque pas de corps cellulaire, mais le protoplasma périnucléaire se continue à chaque pôle du noyau avec un prolongement long, mince, granuleux, et dont il est difficile de voir les extrémités. Le plasma qui constitue les prolongements est très vulnérable à cause de la délicatesse de sa constitution néamoins, on peut distinguer des traînées de granulations faiblement imprégnées par le nitrate d'argent, ces trainées présentent un trajet rectiligne. Sans doute que les bandes granuleuses qui existent entre les noyaux ovoides dont nous avons parlé ne sont autre chose que les prolongements des cellules superposées ou juxtaposées. Mais, le fait principal est le suivant : A mesure que la matière argentophile augmente dans les traînées de granulations, ces dernières se transforment en fibrilles pâles et minces au commencement, ensuite de mieux en mieux colorées et très épaisses. On peut pour ainsi dire, suivre pas à pas, les différentes phases, que parcourt la néoformation des neuro-fibrilles. Lorsque les fibrilles suivent une ligne absolument droite dans les cellules, elles passent à la surface des noyaux, si, au contraire, ceux-ci possèdent une mince couche de protoplasma, la fibrille de nouvelle formation en fait le tour. Il est difficile de dire où commencent à apparaître les fibrilles nerveuses et où elles finissent. On ne peut pas juger d'après cette préparation si l'apparition de la fibre se fait au voisinage du noyau. On peut affirmer d'une manière générale, que les fibres de nouvelle formation suivent le trajet des prolongements des cellules dans lesquelles elles se différencient. On voit rarement dans le cas actuel la présence de renflements fusiformes sur le trajet des fibrilles de nouvelle formation. Les prolongements des cellules paraissent parfois se résoudre en filaments granuleux se dissociant, ce sont ces filaments qui vont se transformer en fibres granuleuses.

Lorsqu'on compare le grand nombre de fibres nerveuses de nouvelle formation que nous avons décrites dans le cas actuel à l'extrémité terminale du bout central, l'influence trophique des centres nerveux nous apparait comme démontrée. En effet, dans le bout central, non seulement les fibres de nouvelle formation y sont en grand nombre, mais celles-ci se rapprochent par leur constitution histologique des fibres normales: certaines d'entr' elles possèdent un cylindraxe, une gaine plus ou moines dense de myéline et une gaine de Schwann.

Comment peut-on expliqur cette différence? sans doute que les fibres du bout central restées en communication avec leur cellule d'origine, subissent l'influence de ces dernieres. En effet, si la section d'un nerf a supprimé dans le bout périphérique, tous les actes fonctionnels et par conséquent, nutritifs, dépendant des centres nerveux, il n'en est pas de même pour le bout central. Le travail interne élaboré par la cellule, quoique changé dans ses qualités, retentit encore sur les fibres du bout central et en favorise la nutrition.

Rupture du sciatique 24 jours. (Chien adulte). Ce qui attire l'attention à l'extrémité du bout central, c'est la présence d'un grand nombre de corpuscules de forme et de volume variables et qui méritent une description spéciale. Entre les faisceaux de fibres, d'aspect normal, on voit des corpuscules ou plutôt des boules, très différentes de forme et de volume qui se continuent par l'une de leur extrémités avec une fibre, pendant que l'autre extrémité est libre (fig. 5).

Ce serait là des terminaisons nerveuses.

Parfois, ces terminaisons ne représentent qu'un simple élargissement de la fibre terminale, de sorte que la terminaison nerveuse est alors piriforme. D'autre fois, la terminaison est ovoïde, ellipsoïde: etc. Le volume varie aussi depuis celui d'un leucocyte mononucléaire ou même d'un lymphocyte, jusqu'à celui d'une cellule nerveuse.

La structure de ces corpuscules est aussi variable, parfois ils sont d'un aspect homogène, d'autres fois au contraire, ils présentent une structure franchement réticulée, le réseau étant constitué par les neuro-fibrilles de la fibre terminale.

Cette structure réticulée n'a pas toujours un aspect régulier et la substance fondamentale de ces corpuscules est fortement colorée par le nitrate d'argent.

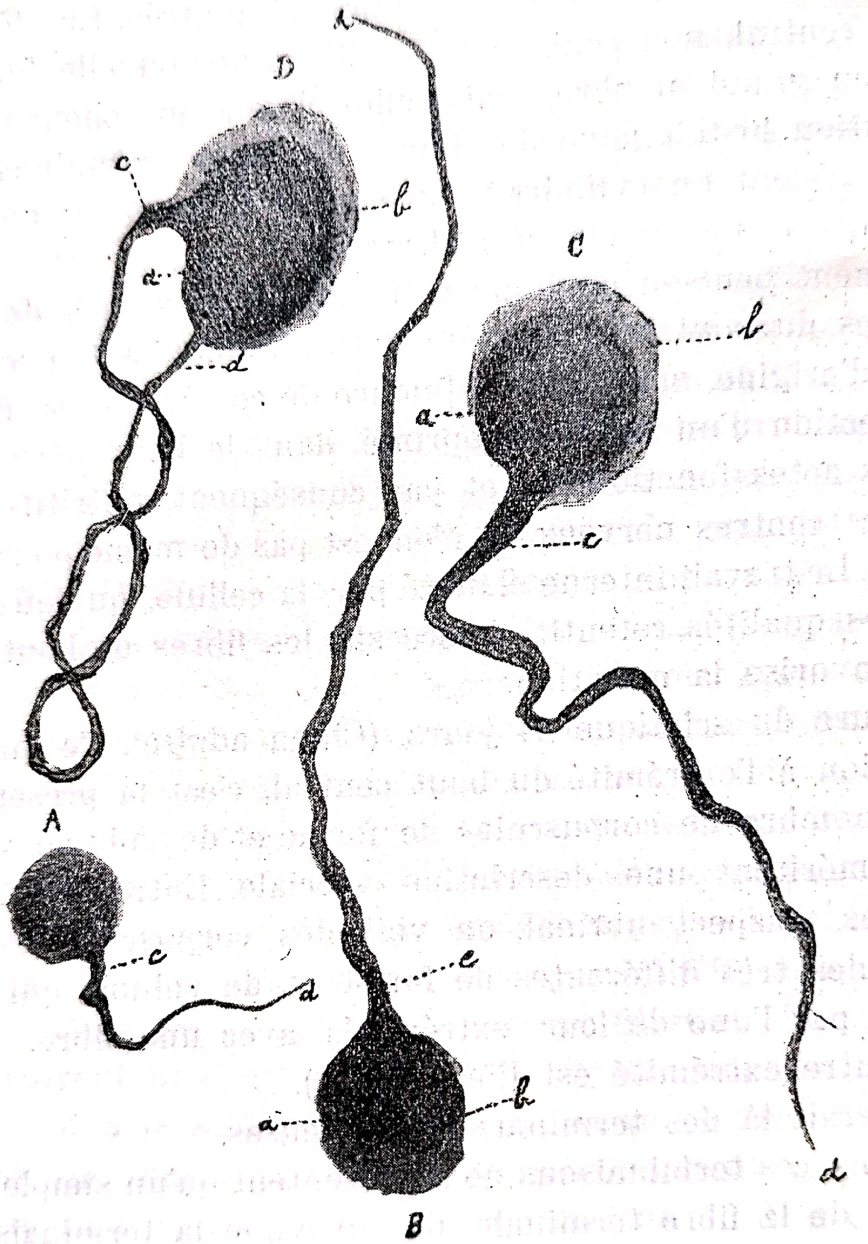


Fig. 5

Quatre boules terminales provenant du bout central du nerf sciatique sectionné depuis 24 jours.

A, — boule terminale de forme ronde possédant une couche périphérique pâle. La masse protoplasmatique de cette boule est granuleuse *c*, — collet, contenant des neurofibrilles, *d*, fibre nerveuse terminale.

B, — boule terminale plus grosse que la précédente *b*, couche périphérique plus pâle, *c*, les neurofibrilles du collet se ramifient en pinceau en pénétrant dans la masse protoplasmique ; *d*, fibre terminale dont le trajet jusqu'à la boule est sinueux et brisé.

C, — boule terminale un peu plus volumineuse que la précédente dans la phériphérie pâle de laquelle on voit nettement des neurofibrilles. Ces dernières sont la continuation des fibres du collet *[c]* et de la fibre terminale *[d]*. *b*, couche périphérique plus pâle.

D, — boule terminale dont la fibre *[d]* décrit sur son parcours des anses.

Les rapports qu'affecte la fibre nerveuse avec le corpuscule terminal nous permet de le comparer à une cerise, à une poire, une pomme, un champignon, etc. La fibre terminale peut avoir un trajet régulier ou bien décrire dans sa marche des courbes ou des sinuosités. Dans quelques cas, les fibres de nouvelle formation décrivent de nombreux enroulements autour de quelques autres fibres, parfois très larges, l'image représente ainsi un appareil en spirale ou un peloton très compliqué. Le nombre des tours de ces fibres enroulées est variable.

A la partie inférieure du névrôme terminal, il existe une espèce de plexus nerveux constitué par des faisceaux de fibres nerveuses s'entrecroisant et dirigés dans des sens différents.

On y voit aussi des fibres passant d'un faisceau dans l'autre Le plexus ainsi constitué est tantôt lache, tantôt très dense. Dans ce dernier cas, il existe des faisceaux de fibres nerveuses coupées transversalement entre les mailles du plexus. Il semblerait que l'appareil spiral que nous avons décrit est un appareil préformé et qu'il dépend de conditions préétablies. En effet, avant, qu'il apparaisse autour des neuro-fibrilles, on voit un système de cellules fusiformes, les unes longitudinales, les autres transversales. Le développenent des fibres ne fait autre chose que suivre la voie tracée par les cellules fibrillogènes.

Résection du pneumogastrique 46 jours, (lapin), bout central, formation d'un névrôme. Dans ce dernier, on trouve un nombre assez considérable de fibres fines, très fines ou de calibre moyen, ondulées, présentant de distance en distance des renflements fusiformes de coloration rouge ou noire, fibres qui apparaissent au sein des cellules fusiformes. Dans le bout central comme dans le névrôme, on n'observe pas de fibres hypertrophiées, on voit parfois cependant dans le névrôme des anses, des boules et même encore, des éléments ressemblant à une cellule nerveuse. Je viens de rencontrer un corpuscule ovoïde d'aspect alvéolaire, très volumineux, dont le centre est le siège d'un dépôt abondant de matière argentophile et à la périphérie duquel on voit des cellules satellites.

Le névrôme terminal est constitué par des faisceaux compacts de bandes protoplasmiques, ou mieux, de fibres nerveuses embryonnaires. Il s'agit de bandes protoplasmiques très longues contenant de distance en distance, des noyaux, et traversées par une fibre plus ou moins large présentant sur son trajet des renflements fusiformes, et qui, arrivée au voisinage d'un noyau, décrit un détour pour passer à côté. Ces fibres sont granuleuses et colorées en rouge brun. Leur nombre est considérable et elles représentent parfois une espèce de bifurcation. L'aspect des renflements fusiformes que nous venons de signaler est différent, tantôt ils sont granuleux et d'autres fois ils simulent une espèce de réticulation dépendant de la matière argentophile ou périfibrillaire, qu'ils contiennent.

Le bout periphérique est essentiellement constitué par de longues bandes protoplasmatiques nucléées, disposées parallèlement et dont l'aspect est très différent. Quelques-unes contiennent un nombre plus ou moins considérable de boules de myéline, disposées en séries. Par la méthode de Cajal, ces bandes protoplasmiques se colorent en jaune et contiennent à leur intérieur des granulations jaunâtres qui sont tantôt disposées en séries linéaires et d'autres fois disséminées. Les noyaux sont longs, vésiculeux et contiennent des granulations de chromatine et d'autres granulations plus pâles; ils sont situés de distance en distance à l'intérieur des bandes protoplasmiques. Entre ces dernières, on trouve des cellules fusiformes, dans les prolongements desquelles on voit un potoplasme granuleux bien imprégné par le nitrate d'argent. Dans un certain nombre de bandes protoplasmiques on voit des fibres très fines, présentant sur leur trajet, de distance en distance, des petits renflements fusiformes n'offrant pas un aspect tout à fait homogène. Une bande protoplasmique peut contenir une ou plusieurs fibres sembables. En somme, dans ce cas, où il n'y à pas eu réunion du bout central avec le bout périphérique; il s'est produit dans ce dernier une néoformation de fibres nouvelles sans l'intervention du bout central. Ces fibres de nouvelle formation n'offrent pas du tout le même degré de maturité que celles du bout central.

Section du sciatique pratiquée chez un lapin adulte, sacrifié 82 jours aprés l'opération. Le névrôme terminal est constitué par des fibres nerveuses bien développées et qu'on peut suivre parfois sur un long trajet. Entre les faisceaux, il existe des cellules fusiformes et des bandes protoplasmiques en voie de multiplication et d'organisation nerveuse. Le calibre des cylindraxes de nouvelle formation est très variable et il atteint quelquefois des proportions vraiement extraordinaires. A côté des cylindraxes très-développés, on peut voir des fibres très-fines, ou même des fibres cellules dans lesquelles commencent à se différencier les cylindraxes. Ailleurs, on voit des colonies de bandes protoplasmiques ou bien de cellules fusiformes. A mesure qu'on s'éloigne du névrôme terminal, la néo-formation des fibres nerveuses est moins intense et les faisceaux sont plus rares; c'est ici qu'on peut voir toutes les phases de la néoformation. On dirait que les prolongements des fibres cellules se divisent en ramifications plus fines qui se transformeront en fibres nerveuses par le dépôt progressif de matière argentophile. Plus haut encore, on voit un nombre considérable d'appareils en forme de spirale qui parfois sont très longs, on peut constater encore que si, c'est le plus souvent, autour des fibres épaisses que s'enroulent les fibres fines pour constituer des spirales, il arrive aussi que ce sont les fibres longitudinales, épaisses, qui s'enroulent autour de fibres plus fines. Enfin, on remarque par çi par là, des boules terminales constituées par un réseau ou bien par un tissu granuleux. Ces boules sont assez rares. Dans les appareils en spirale, on distingue bien que les fibres enroulées suivent le trajet des noyaux qui les guident dans leur direction.

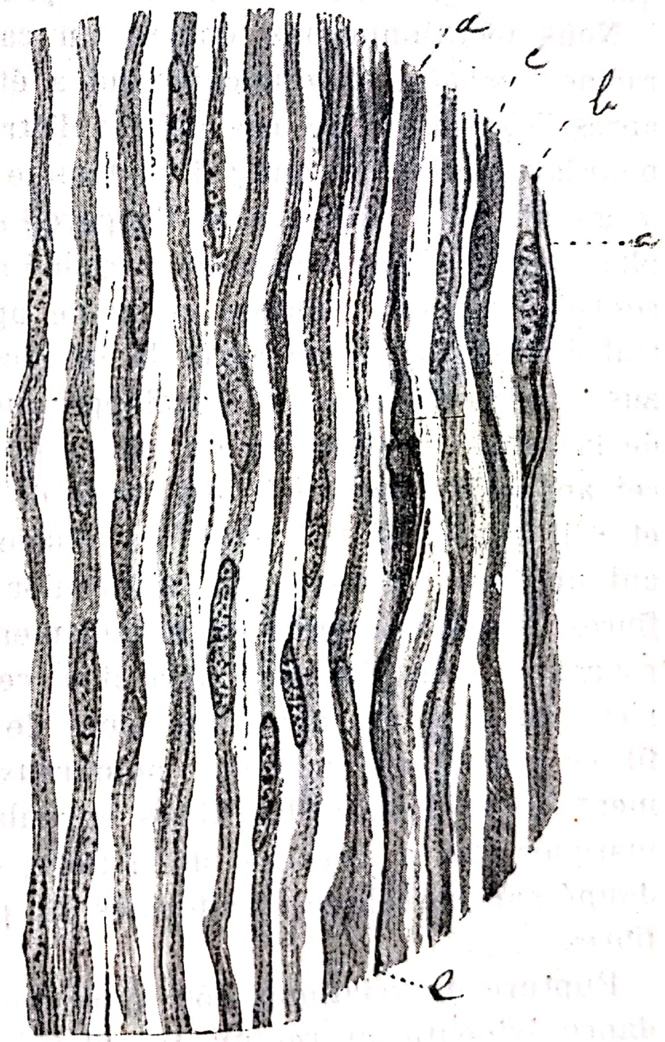


Fig. 6. — Section longitudinale du bout périphérique du nerf sciatique 82 jours après l'opération (jeune lapin) A gauche, on voit plusieurs bandes protoplasmiques contenant à leur intérieur des noyaux à grand axe longitudinal et des séries de granulation argentophiles (Neurotagmes).

a, *b*,—deux fibrilles différenciées à l'intérieur d'une bande protoplasmiques *c*, — bande protoplasmique foncée avec granulations bien indiquées. *d*, *e*, — bandes protoplasmiques contenant des fibrilles.

Dans le bout périphérique du nerf sciatique sectionné depuis 82 jours, nous trouvons un grand nombre de bandes protoplasmiques nucléées ayant des dimensions variables. Tantôt il s'agit longues, fines; tantôt, au contraire, elles sont très de bandes larges. Quelques unes d'entr'elles ont un aspect plus ou moins homogène ou vaguement strié, d'autres ont une striation plus ou moins régulière, dûe à la présence des granulations fortement colorées, disposées en séries linéaires. De pareilles striations peuvent exister aussi dans quelques cellules fusiformes, qui se trouvent entre les bandes protoplasmiques (fig. 6).

Nous mentionnerons encore un cas de section de la IVème racine lombaire chez un chien qui a été gardé vivant 150 jours après l'opération. Ce cas mérite d'être signalé parce que c'est pour la première fois que j'ai vu dans le bout en continuation avec le ganglion, la présence de l'appareil spiral, que j'ai mentionné plus haut et dont l'aspect est variable à l'infini. Nous avons rencontré à plusiers reprises ce même appareil dans la bout central du nerf sciatique après la section; cependant, il n'était ni aussi fréquent ni aussi devéloppé que dans le cas de section de la racine postérieure du chien précédent. En quoi consiste cet appareil? Ainsi qu'il est facile de le voir sur les figures 7 et 8 il est constitué d'une ou plusieurs fibres longitudinales autour desquelles viennent s'enrouler une ou plusieurs autres fibres, noires ou rouges. Habituellement, c'est autour des fibres rouges et plus épaisses qu'a lieu cet enroulement. Mais, il n'est pas toujours ainsi. Les tours de spirale que décrivent les fibres sont plus ou moins nombreux et dépendent généralement de la finesse des fibres enroulantes. Nous avons pu remarquer que la direction de la fibre, ou des fibres spirales, est donné par les cellules fusiformes qui précèdent l'apparition des fibres.

Rupture du sciatique, 250 jours, bout central. Il y a une tendance évidente au retour des fibres à l'état normal. Ces dernières ne se ramassent pas en faisceaux bien distincts et isolés, et les fibres, juxtaposées, ne semblent pas avoir l'aspect régulier de l'état normal; les unes sont grosses, les autres fines, quelques-unes même offrent au petit grossissement, des dimensions telles qu'on serait tenté de les prendre pour des fibres musculaires de petit calibre. Entre les fibres nerveuses, on voit par-çi, par-là, des produits de dégénérescence. Une autre particularité de ces fibres, c'est qu'elles ne sont pas parallèles et qu'elles s'entrecroisent en quelques endroits. Dans le cas qui nous occupe, il

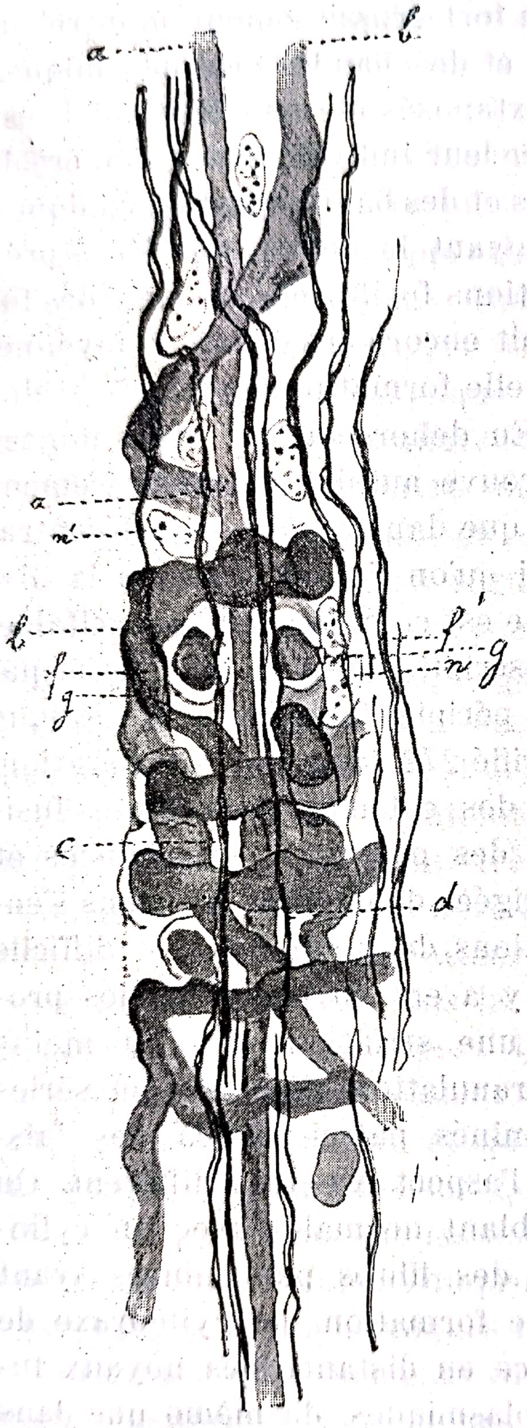


Fig. 7. — Appareil spiral provenant du bout central (ganglionnaire) de la VII-me racine postérieure lombaire 150 jours après l'opération *a*, *b*, — deux fibres épaisses colorées en rouge par la métode de Cajal. *b*, la fibre qui décrit sur son trajet les enroulements autour de plusieurs fibres.

n.n',—noyaux appartenant à la fibre spirale.

b, *f*, *g*, *f' g'* — détours de la spirale coupés suivant la direction.

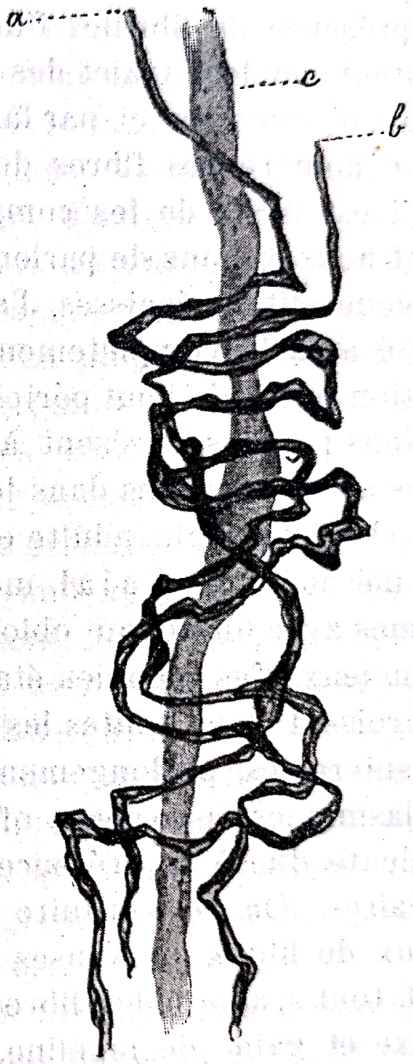


Fig. 8. — Appareil spiral constitué par une fibre *c*, épaisse longitudinale autour de laquelle *s*, enroulent deux fibres noires, *a*, *b*. Même cas que la figure précédente.

n'existe nulle part, ni des boules terminales, ni des fibres en spirale. Le bout périphérique vu au fort grossissement, montre un grand nombre de fibres cellules et des bandes protoplasmiques nucléées. Ces éléments sont juxtaposés de manière qu'il est presque impossible de destinguer leur individualité. On aperçoit facilement à l'intérieur des cellules et des bandes protoplasmiques la présence de fibrilles fines cotoyant le noyau. Ces fibres présentent sur leur trajet des dilatations fusiformes ou bien des fuseaux oblongs; par çi, par là, on voit encore des débris de myéline.

Le nombre des fibres de nouvelle formation est très restreint et il est facile de les compter. En dehors de ces fibres minces dont nous venons de parler on trouve aussi, mais très rarement quelques fibres épaisses. J'ajoute que dans ce cas, le bout central a été arraché complètement ainsi qu'on l'a constaté par la dissection et que le bout périphérique est complètement inexcitable.

Nous passons à présent à la description des modifications que nous avons trouvées dans le bout périphérique du nerf sciatique arraché à un lapin adulte et sacrifié 272 jours après l'opération. La méthode de Cajal montre des colonies de cellules fusiformes avec un noyau oblong et des prolongements minces et granuleux. Ces colonies étant dirigées dans différents sens s'entrecroisent dans toutes les directions, de sorte qu'il est difficile de suivre les prolongements. Il y a en outre des bandes protoplasmiques associées, offrant une striation plus ou moins évidente due à la présence de granulations disposées en séries linéaires. On voit ensuite disséminés par-ci, par-là, des faisceaux de fibres nerveuses dont l'aspect est très différent. On voit tout d'abord des fibres semblant normales avec un cylindraxe et gaine de myéline, puis, des fibres plus minces ayant le caractère de fibres de nouvelle formation. Le cylindraxe de ces dernières présente de distance en distance des noyaux fusiformes. Dans les bandes protoplasmiques, de même que dans les cellules fusiformes, on peut voir parfois, la différenciation du protoplasma en véritables cylindraxes à caractères embryonnaires. Comme dans d'autres cas, on peut également voir ici des cylindraxes, qui se bifurquent et au niveau de la bifurcation on constate une augmentation de la substance périfibrillaire. J'ajoute pour terminer que dans ce cas l'arrachement du bout central du nerf sciatique a été complet, car on a pu arracher à la fois les racines antérieures et les ganglions spinaux correspondants. La partie supérieure du bout périphérique légèrement enflée à été trouvée adhérente au muscle sousjacent.

Bout central d'un cas de résection du sciatique chez un lapin (313 jours). A la partie supérieure, on voit des fibres nerveuses d'aspect normal, peut-être plus denses que dans ce dernier cas; mais, à mésure qu'on s'approche du névrôme terminal, on voit les faisceaux longitudinaux, changer de direction, s'orienter de divers côtés et s'entrecroiser. C'est précisément ce changement de direction qui nous explique leur aspect variable, car on en voit qui sont coupés transversalement, d'autres verticalement et enfin, quelques-uns suivre une direction transversale. Au fort grossissement, on constate en outre la présence de fibres longitudinales plus ou moins régulières. La plupart des fibres de nouvelle formation sont pourvues d'une gaine de myéline et leur aspect est très différent; quelques-unes, d'aspect embryonnaire voisinent avec d'autres arrivées à leur dernier degré de développement; on voit également des fibres granuleuses se bifurquer.

Le bout périphérique contient un grand nombre de fibres de nouvelle formation de calibre trèt différent: fibres fines, moyennes et d'autres enfin, d'aspect normal. Ces dernières possèdent une gaine de myéline et des incisures de Lantermann. Les fibres fines sont différenciées dans la masse des cellules fusiformes et des bandes protoplasmiques. J'ajoute que dans ce cas les deux bouts du nerf sectionné étaient réunis, que le bout périphérique était légèrement grisâtre et qu'il réagissait au courant induit, mais pas aussi promptement que le sciatique normal.

On a vu plus haut que les neuro-fibrilles des nerfs sectionnés se développent aux dépens du protoplasma des cellules fusiformes et des bandes protoplasmiques nucléées. Il faudrait savoir quelle est l'origine de ces éléments. Si on suit de près l'évolution des cellules fusiformes, il n'est pas difficile d'observer que celles-ci résultent des cellules embryonnaires auxquelles donnent naissance les noyaux de la gaine de Schwann. Ces noyaux se multiplient, ils sont entourés d'une couche de protoplasma qui augmente dans le sens des pôles du noyau et produit ainsi de longues cellules fusiformes. Quinze jours après la section des nerfs chez les animaux, jeunes, 25 à 30 jours après la même expérience chez les animaux adultes, il apparait dans le sein des cellules fusiformes des fibres fines provenant de la fusion des granulations argentophiles qu'on trouve dans l'intérieur de ces cellules. Les cellules fusiformes à la suite de la nouvelle multiplication des noyaux et l'augmentation du protoplasma donnent naissance à des bandes protoplasmiques qui ne sont autre chose que des fibres très longues présentant des noyaux de distance en distance. Ces bandes protoplasmiques représentent de véritables fibres embryonnaires. Il nous semble prouvé actuellement que les fibrilles apparaissent dans les cellules fusiformes et se forment aux dépens de leur protoplasma. L'examen d'un grand nombre de pièces nous à démontré ce fait avec la dernière évidence; cependant, il ne semble pas qu'il en soit toujours ainsi et parfois on a l'impression que les fibrilles se développent dans les interstices des fibres cellules. C'est plutôt là une apparence trompeuse qui peut induire en erreur, comme cela est arrivé à M. Médea, de Milan.

Il résulte de nos recherches que la prolifération considérable des fibres nerveuses du bout central est, tout au moins en général, sous la dépendance du même processus qui a lieu dans le bout périphérique, c'est-à-dire qu'elles se forment aux dépens des cellules spéciales, qui jouent le rôle des neuroblastes. Mais, la néo-formation dans le bout central est activée par les cellules nerveuses d'origine, dont le travail interne, ou mieux peut-être celui de la nutrition, retentit sur celle des cellules de Schwann. Dans le bout périphérique, c'est la nutrition locale de ces cellules qui permet la multiplication du noyau des cellules de Schwann, la formation des cellules fusiformes et des bandes protoplasmiques; et même l'apparition du cylindraxe. La différenciation de ce dernier et sa maturité se font plus rapidement et d'une façon plus complète, lorsque les deux bouts du nerf sectionné viennent à se réunir. Lorsque la différenciation du cylindraxe et de ses neuro-fibrilles a commencé à se faire, les noyaux des cellules neuro-formatives change de forme, de volume et de position; la quantité de chromatine a diminué, autrement dit, ils reviennent à leur état antérieur.

Nos expériences démontrent, si nous ne nous trompons pas, l'existence de la régénérescence désignée du nom de „régénérescence autogène". C'est-à-dire que dans le bout périphérique d'un nerf séparé de son centre, il se produit des phénomènes qui caractérisent la régénérescence centrogène. On pourrait même dire que dans les nerfs périphériques, il n'existe qu'une seule régénérescence, la régénérescence autogène, avec la différence que dans le bout central, cette régénérescence est complète à cause de l'activité fonctionnelle et nutritive que peuvent exercer les cellules nerveuses sur les fibres, tandis, que la régénérescence du bout périphérique est plus tardive et moins complète, parce que le bout périphérique est complètement séparé de son centre, mais la régénérescence se fait, grâce à l'activité des cellules fusiformes, qui dérivent de la prolifération des noyaux de la gaine de Schwann. Ainsi qu'il résulte de cette exposition, nous admettons la régénérescence autogène, aussi bien dans le bout périphérique, que dans le bout central, mais pour nous, l'activité fonctionnelle des centres nerveux est absolument indispensable pour que les fibres nouvellement formées, puissent persister. C'est à ce point de vue là que notre opinion diffère de celle de Bethe. En effet, ses expériences quelques intéressantes qu'elles soient, ne sont pas de nature à ébranler en nous la conviction que la cellule nerveuse exerce une action sur la nutrition de son cylindraxe. Les objections qu'on peut soulever contre la manière de voir de cet auteur, sont nombreuses. Tout d'abord, la manière différente dont se comportent le bout central et le bout périphérique. Pourquoi dans le bout périphérique la dégénérescence traumatique se propage-t-elle le long du nerf jusqu'à son extremité, tandis que le bout central, à l'exclusion de quelques segments atteints par traumatisme, reste intact? Pourquoi la dégénérescence se ferait-elle seulement en aval et non pas en amont? Pourquoi la dégénérescence ou l'atrophie du bout central implique-t-elle toujours une altération profonde des cellules nerveuses? Pourquoi, enfin, les neuro-fibrilles et surtout le réseau cellulaire, réagissent-ils à distance après les sections nerveuses? C'est sans doute parce que la cellule nerveuse et son prolongement axile constitue une unité fonctionelle. Le traumatisme quelle que soit son intensiţé, s'applique sur un point déterminé du nerf et cependant dans le bout périphérique, la dégénérescence intéresse non seulement la région atteinte, mais toute la continuité du nerf, séparé de son centre. Comment se fait-il donc que la lésion s'arrête à la dégénérescence de quelques segments dans le bout central, et qu'elle retentisse à une très grande distance sur les éléments constitutifs de la cellule nerveuse: noyaux, éléments chromatophiles, réseau protoplasmique?

Avant de terminer, nous désirons attirer l'attention sur quelques particularités histologiques, que nous avons signalées dans la description des modifications consécutives aux sections nerveuses. C'est tout d'abord, la présence de boules terminales, dans certaines fibres du bout central, et puis, la bifurcation des fibres nerveuses. En ce qui concerne les boules terminales, ou bien. les corpuscules terminaux, il nous a semblé que des formations semblables ont été déjà vues par Neumann et Ranvier, et chose curieuse, presque tous les auteurs modernes qui se sont occupés de ce sujet ont passé sous silence ces corpuscules si nombreux et si évidents et surtout si faciles à déceler.

Neumann avait admis qu'il s'agissait là de cellules nerveuses, opinion que Ranvier n'admet pas sans qu'il émette cependant un avis sur là nature de cet organe. Il est inutile d'ajouter qu'il ne s'agit pas là assurément de cellules nerveuses, malgré l'aspect réticulé que ces formations affectent parfois. Nous n'avons jamais vu à leur intérieur de noyau ou de nucléole.

Et puis que viendraient faire dans un nerf périphérique un si grand nombre de cellules unipolaires? Nous pouvons conclure que les boules terminales ne représentent pas des cellules nerveuses mais bien des organes terminaux comparables aux terminaisons nerveuses. Il est plus difficile de dire, s'il s'agit de terminaisons d'ordre moteur ou sensitif; néanmoins, il est plus naturel d'admettre que nous avons affaire à des terminaisons sensitives développées dans le tissu interstitiel du nerf. Du reste, ce problème est susceptible d'être résolu, parce que si ces appareils faisaient défaut dans les nerfs moteurs sectionnés, on pourrait dire certainement qu'il s'agit là de terminaisons sensitives. Ce qui nous confirme encore dans notre manière de voir c'est que Cajal a décrit dans les ganglions sensitifs normaux de semblables organes.

Quel est le rôle de ces terminaisons? Si l'hypothèse que nous venons d'émettre de leur nature sensitive venait à se confirmer, alors leur signification physiologique serait facile à comprendre. Nous avons rencontré dans le bout central des nerfs sectionnés la division des fibres nerveuses sous forme de bifurcations.

Habituellement, les deux fibres de division divergent et prenennt des directions opposées. Leur trajet paraît irrégulier en apparence. Dans le tronc de bifurcation, on remarque comment les neurofibrilles se séparent et se continuent les unes dans le sens d'une des branches de division, les autres dans le sens de la seconde, c'est-à-dire que les unes vont à droite, les autres à gauche. Il ne semble pas y avoir de division des neuro-fibrilles, car nous n'avons pu la surprendre qu'une seule fois. Il est impossible de suivre le trajet ultérieur des fibres provenant de la bifurcation du tronc commun parce que la plupart sont coupées par la section, mais nous avons vu quelques fois l'une des deux branches finir tout près de son origine par un corpuscule réticulé.

En dehors de la bifurcation, nous avons pu surprendre encore des ramifications, ou plutôt des espèces de collatérales, se détachant du tronc de la fibre principale. Nous pensons que ce processus de bifurcation et de ramifications d'une fibre nerveuse n'est nullement comparable au bourgeonnement du cylindraxe qui a été signalé par Ranvier, car, les fibres de nouvelle formation, qu'il décrit dans son cas se trouvent renfermées dans la même gaine de Schwann.

Tous les auteurs, qui admettent la régénérescence autogène font jouer, aux cellules dévéloppées de la gaine de Schwann, un rôle important dans ce processus, et on peut même dire que sans ces cellules, pas de régénérescence autogène.

Comment donc concilier cette opinion avec la théorie embryologique de His, avec la régénérescence des fibres médullaires qui ne possèdent pas de gaine de Schwann, enfin, avec les recherches récentes de Harrison sur le développement des nerfs qui ont confirmé entièrement les idées de His et de Cajal? Cet auteur a retrouvé dans la nageoire de la queue des larves de triton, longues de 10 millimètres, les cônes d'accroissement à l'extrémité des cylindraxes sensitifs. Ce sont des épaississemtens qui donnent l'impression d'être le résultat de l'activité amiboïde du protoplasma des cylindraxes. Il a même constaté que ces fibres sensitives sont tout d'abord nues, quand elles se développent, tandis que les cellules de Schwann, destinées à former la gaine myélinique, apparaissent en réalité avec le cylindraxe Elles partent des ganglions pour s'étendre progressivement sur les parties périphériques des fibres, qui restent encore longtemps nues.

Dr. A Slatinéano

L'ENDO-TOXINE DU COCCO-BACILLE DE PFEIFFER

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE DE BUCAREST (PROF. DR. CANTACUZÈNE).

L'existence de cette endo-toxine etait demontrée depuis les expériences de Cantani. Cet auteur en inoculant dans le cerveau des cobayes des quantités minimes de bacilles de Pfeiffer tués par la chaleur à 60° provoquait la mort de ces animaux avec des lésions nécropsiques identiques à celles obtenues par l'inoculation intra-peritonéale. Par conséquent les corps de microbes tués par la chaleur à 60°, contenaient une toxine.

Toutefois cette endo-toxine etait collée au corp microbien et des essais infructueux avaient été faits pour isoler la toxine: Delius et Kolle, Cantani et moi-même nous n'avons guère réussi.

Nous sommes parvenus à obtenir cette séparation en suivant les indications du Dr. Besredka (Annales de l'Inst. Pasteur, 25 Juillet 1905), que nous avons légèrement modifiées. Voici notre façon de procéder:

On ensemence une boite Roux avec le cocco-bacille de Pfeiffer (1) sur gélose sanglante (sang de pigeon) suivant le procedé Delius & Kolle.

La culture obtenue après un séjour de 24 heures à l'étuve à 37° est emulsionée avec de l'eau physiologique. L'émulsion est centrifugée pendant 3 heures à la centrifuge électrique. On décante et le culot microbien est repris avec un mélange de parties égales d'eau distillée stérile et sérum normal de cheval recuilli fraîchement. La quantité de microbes recueillis après centrifugation est équivalente à 0, 25 centigr. de microbes secs. Ces 0,25 centigr. de corp microbiens sont repris par 5 c.c. de sérum frais de cheval et 5 c.c. d'eau distillée stérile. Le tout est mis à la glacière (sur la glace même) et séjourne 12 heures. On centrifuge de nouveau pendant trois heures, et le liquide décanté contient l'endo-toxine. Mais dans notre expérience, les corps microbiens gardent une partie de leurs toxicité et virulence. Ainsi les corps microbiens injéctés à 2 cobayes tuent ces animaux en 12 heures. Ensemencés sur milieu propice ils cultivent abondemment.

---

(1) Le cocco-bacille employé a été isolé par nous dans le courant du mois de Février 1905. Depuis il est entretenu au laboratoire par ensemencements successifs, sans passage sur l'animal. C'est-à-dire qu'il est d'une virulence minime et qu'il faut au moins 2 tubes de culture pour tuer un cobaye de 400 gr. en 12 heures.

L'endo-toxine ainsi obtenue est inoculée dans le cerveau des cobayes après trépanation préalable. La quantité injéctée est la $22^{\text{ème}}$ partie d'un cent. cube. Les cobayes inoculés meurent dans 6—10 heures avec hypothermie.

Cette éxperience a été répétée 4 fois avec les mêmes résultats. Nous donnons dans le tableau suivant la marche des températures en choisissant les plus irregulières:

	Cobayes inoculés dans le cerveau avec la 22-ème partie d'un c.c. d'endo-toxine.						*Temoins* inoculés avec la 22-ème partie d'un c. c. d'un mélange de partieségales de sérum frais de cheval et eau distillée stérile ayant séjourné 12 heures à la glacière.	
	Cob. a.	**Cob. b.**	**Cob. c.**	**Cob. d.**	**Cob. e.**	**Cob. f.**	**Cob. I.**	**Cob. II.**
Température avant inocul.	Poids 800 gr. 39°	900 gr. 39°.2	600 gr. 39°.5	350 gr. 38°.9	530 gr. 39°.2	850 gr. 39°.5	800 gr. 39°.5	370 gr. 39°.—
2 heures après	37°.	39°.5	36°.5	37°.5	38°.5	36°.5	39°.8	39°.—
4 heures après	35°.	37°.5	34°.5	35°.3	34°.5	35°.5	40°.—	39°.5
6 » »	34°.5	36°.5	32°.5	36°.5	mort †	33°.5	40°.—	40°.—
8 » »	36°.2	35°.5	mort †	36°.5	—	† mort	40°.5	40°.—
10 » »	† mort	mort †	—	34°.3	—	—	41°.—	40°.2
12 » »	—	—	—	34°.8	—	—	40°.—	39°.5
14 » »	—	—	—	35°.2	—	—	39°.5	39°.—
16 » »	—	—	—	36°.2	—	—	39°.5	39°.2
—	—	—	—	mort †	—	—	39°.—	39°.5
							Vivants, bien portants.	

D'après la marche de la termpérature on constate que les mêmes phénomènes se passent soit qu'on injecte l'endo-toxine dans le cerveau soit qu'on inocule des microbes vivants par voie intraperitonéale.

Voici la marche de la température dans ce dernier cas :

Cobaye de 700 gr. inoculé dans le peritoine avec une mortelle de microbes de Pfeiffer vivants

Avant l'inoculation	38°.9
2 heures après	40°.2
4 „ „	37°.5
6 „ „	35°.2
8 „ „	34°.1
10 „ „	31°.5
12 „ „	+

D'après ce qui précède on voit que l'analogie est complète.

A l'autopsie des animaux tués par l'inoculation intra-cérébrale de l'endo-toxine on constate quelquefois une légère hyperhémie au niveau du point inoculé. Des cultures du point d'inoculation ont été faites régulièrement pour contrôler si quelques microbes échappés à la centrifugation n'ont point pullulé dans le système nerveux-milieu essentiellement propice. Ces cultures sont restés régulièrement stériles.

Du coté des organes abdominaux on constate : une forte hyperhémie de la paroie abdominale et des viscères abdominaux. La vessie est régulièrement remplie d'urine, les vaisseaux mésentériques distendues (les veines), le foie noirâtre, la rate légèrement augmentée de volume, les capsules surrénales fortement congestionnées. Le poumon présente régulièrement des marbrures échymotiques sur toute son étendue.

La même endo-toxine a été inoculée dans le péritoine de plusieurs cobayes. Ce n'est que les cobayes qui ont reçu au moins 5 c.c. d'endo-toxine qui sont morts dans les 4—5 jours qu'ont suivi l'inoculation. Cette expérience n'a porté que sur 3 cobayes de petite taille (300—400 gr.), qui sont morts avec des phénomènes de cachexie intense, ils ont perdu presque la moitié de leurs poids. A l'autopsie le phénomène le plus important était la dégénéréscence graisseuse du foie et une rate énorme (jusqu'à 6 fois plus que les dimensions normales).

Nous avons obtenus les mêmes résultats avec des microbes tués.

Les microbes étaient tués par le séjour à la chaleur à 55° pendant $^{1}/_{2}$ heure. Pour le reste la manipulation restait la même.

L'inoculation intra-cérébrale des mêmes quantités était suivie de mort. Toutefois la marche de la température est si irrégullière qu'on ne peut déduire aucune règle. Je donne ci-jointe la marche de la température, avec celle des témoins.

	Endo-toxine provenant de microbes tués par la chaleur inoculée dans le cerveau 22-eme partie d'un c. c.					*Temoins* inoculés par mélange sérum + H^2.o stérile.	
	Cob. I.	**Cob. II.**	**Cob. III.**	**Cob. IV.**	**Cob. V.**	**Cob. a.**	**Cob. b.**
Température avant inocul. .	Poids 575 gr. $39^0.1$	600 gr. $39^0.5$	690 gr. $38^0.9$	350 gr. $39^0.5$	420 gr. $39^0.1$	450 gr. 39^0.—	350 gr. $39^0.5$
2 h. après inoc.	c. 37^0.	$36^0.5$	36^0.—	$37^0.1$	$37^0.5$	$39^0.5$	$40^0.0$
4 h. » »	38^0.	$35^0.5$	mort †	$35^0.1$	38^0,0	$39^0.9$	$40^0.2$
6 h. » »	$37^0.5$	$38^0.2$	—	mort †	$39^0.5$	$39^0.5$	41^0.—
8 h. » »	† mort.	$39^0.5$	—	—	$39^0.5$	$39^0.5$	40^0.—
10 h. » »	—	† mort	—	—	$38^0.2$	39^0.—	$39^0.8$
					† mort le lendemain	Vivants bien portants.	

Des expériences ultérieures sont en train pour éllucider ces points en litige.

CRITICI ȘI CRONICI

Dr. M. Ștefănescu Zănoagă.

ASUPRA REACȚIUNII ELECTRICE IN ATROFIILE LENTE ȘI ASUPRA CONDUCTIBILITĂȚII ELECTRICE IN NERVI.

În precedentul număr din această revistă a apărut o notă critică lipsită de urbanitate, dar căreia nu-i lipsește pasiunea și nevoia de a mistifica unele date dintr'o lucrare a mea apărută în „România medicală" No. 8 din 1905.

Citind acest articol de polemică, mi-am pus întrebarea asupra rostului acestei polemici și în afară de aceasta, care e rostul d-lui Parhon într'o chestiune în care nici nu e citat, nici cri-

ticat, nici consultat; nu aveam de ce să fac aceste lucruri. Domnia sa ia o frază al cărei fond era cu totul secundar în chestiunea de care mă ocupam şi probând că face confuziune între două fenomene absolut distincte şi pricepând greşit această chestiune, induce în eroare pe marele neurologist Erb, fapt care constitue un act incorect. De altfel Erb în scrisoarea publicată în articolul de polemică, face distincţiune şi menţionează: „..sur la voie de *transmission* e de *conduction* de celle-là“. Dar asupra acestui punct capital voiu reveni în a doua parte a acestui articol.

In critica la care fac aluziune se zice: „examenul electric n'a arătat reacţiunea de degenerescenţă, ceeace ereà de aşteptat, având în vedere evoluţiunea lentă a atrofiei“. Această afirmaţiune datorită d-lui Parhon ascunde subt ea lipsa de cunoştinţe asupra unor condiţiuni de ordine anatomică, cari dacă se îndeplinesc apare reacţiunea de degenerescenţă; de altfel despre aceste condiţiuni, atât cât nevoia cereà am insistat în lucrarea mea şi ele reies chiar din definiţiunea R. de degenerescenţă.

In amiotrofiile cu mers lent, totul depinde de felul alteraţiunilor anatomice, pentru ca să apară reacţiunea de degenerescenţă şi de aceea excepţional la miopatii când se îndeplinesc anumite condiţiuni anatomice, se poate găsì această reacţiune şi a şi fost găsită excepţional de Déjérine Lanceraux, Oppenheim şi Kassirer. Dacă în tabes nu se găseşte reacţiunea de degenerescenţă zice Strumpell aceasta se datoreşte faptului că totul se petrece în muşchi. Tot astfel este şi cu miopatiile, dar nu pentru că este vorba, numai de o amiotrofie cu mers lent, şi de aceea nimănui nu-i va fi permis să mai formuleze cum s'a făcut în critica la care mă refer şi în care autorul ei zice, „.... examenul electric n'a arătat reacţiunea de degenerescenţă ceeace erà de aşteptat, având în vedere evoluţiunea lentă a atrofiei“. Această e o greşeală şi de aceea voi mai relatà date bibliografice cari să probeze contrar acestei afirmaţiuni greşite că în multe alte afecţiuni cu atrofii lente, s'a găsit de foarte multe ori reacţiune de degenerescenţă. Chestiunea această atât de simplă pentru unii necunoscători, e ceva mai complicată pentru cei cari o cunosc şi de aceea expun aci citaţiuni cu atrofii cari evoluiază lent şi în cari cunoscători ai chestiunii nu găsesc „.... că era de aşteptat să nu se găsească reacţiunea de degerescenţă„

Aşà în lepră s'a găsit această reacţiune subt toate formele.

de Leegard (¹), Vigouroux (citat în lucrarea lui Laloir (²), Schultze (³), Sass (⁴) şi alţii, cari vorbesc de cazuri cu reacţiune de degenerescenţă. In lepră mersul atrofiilor este în genere lent şi aceşti modeşti cercetători au găsit reacţiunea. Mai departe pe această temă găsim că în *Mielite cronice*, în *Gliomatoză cu siringomielie*, maladii cu evoluţiune lentă şi deasemenea s'a găsit R. de degenerescenţă; asemenea cazuri sunt publicate de F. Schultze (⁵), Oppenheim (⁶), Remak (⁷) şi alţi autori. In *scleroza laterală amiotrofică*, la care mersul atrofiilor e deasemenea lent, s'a găsit R. de degenerescenţă de către Pick (⁸), Eisenlohr (⁹), Adamkievicz (¹⁰), Vierord (¹¹), Kahler (¹²), Mendelsohn (¹³).

In *atrofia musculară*, Aran-Duchenne care deasemenea are un mers foarte lent, s'a găsit de mai multe ori şi cu drept cuvânt R. de degenerescenţă. de Erb (¹⁴), Eisenlohr (¹⁵), Freund (¹⁶) şi mulţi alţii. Deasemenea şi în forme complicate de scleroză laterală amiotrofică de Remak (¹⁷).

Mai departe în această critică autorul ei zice: „Examenul electric nu ne luminează întru nimic asupra naturei nevritice sau mădulare (sau prin ipotonie) a procesului amiotrofic». Cred că lucrarea mea n'a luminat pe autor în multe; eu am vorbit mult pe lângă lentorea alteraţiunilor şi de chestiunea alteraţiunilor anatomice şi nici nu am ţintit a ajunge la această concluziune prin examenul electric, ci concluziunea mea a fost astfel formulată: «având în vedere excitabilitatea electrică în atrofiile musculare ale tabeticilor cari au fost considerate de unii autori ca fiind de natura nevritică, sunt din punct de vedere al reacţiunii electrice *atrofii simple nedegenerative, în sensul atrofiilor din miopatii*“. Unde se vede ţinta mea de a *probà* origina nevritică sau mădulară etc., sau *chiar de a atacà* această părere?

Că reacţiunea este ca în miopatii va binevoi să ştie criticul, că este foarte interesant pentrucă în atrofiile tabeticilor s'au găsit alteraţiuni foarte serioase către extremitatea *neuronului periferic*, pe câtă vreme în miopatii muşchii nu prezintă asemenea leziuni. Aceasta o repet e bine s'o ştie şi cei cari critică pentru motive cari privesc chiar definiţiunea R. de degenerescenţă.

* * *

In a doua parte a criticei se citează o frază din lucrarea mea şi zice că a susţine că teaca de mielină e elementul *conductor* al curentului electric e un non sens. Nu voi face pe cititori să piardă timpul citind aprecieri la adresa celor cari zic că s'a susţinut că mielina este elementul *conductor*, ci voi analizà fraza mea, dând lui *Erb* ceeace i-se cuvine. Pentru a fi clar şi cinstit voi cità fraza de care eu m'am servit şi pe care criticul a publicat-o în întregime. „Atâta vreme cât puterea de *conducţiune* prin trunchiul şi ramurile terminale nervoase este posibilă pentru curentul electric, fie că calea de *transmisiune* este mielina aşà cum susţine *Erb* fie că este cilindru ax şi atât cât se mai găsesc fibre musculare contractile muşchiul va reacţionà la curentul electric». Mai înainte ca cineva să contopească două cuvinte şi sensul lor, într'unul „*conducţiune*“ trebuie să ştie că cei cari *nu au făcut* acest lucru ştiu valoarea lor şi mai posed şi următoarele date asupra chestiunii, cari odată ştiute de toţi se va pune în evidenţă o mistificare a adevărului din partea criticului, fără ca să mă pronunţ dacă aceasta s'a făcut voluntar sau involuntar.

Este ştiut că atunci când excităm un nerv cu mielină prin ajutorul electricităţii, se produc fenomene cari au fiecare din ele rostul şi însemnătatea lor şi anume: se produce asupra nervului fenomenul cunoscut sub numele de *excitabilitate*; curentul se *transmite* dela electrod la nerv, care avansând într'un timp foarte scurt prin părţile constitutive ale nervului. Aceste două fenomene de excitabilitate şi de transmisiune se fac graţie unei *aptitudini de recepţiune.* (Aufnahmefähigkeit al autorilor Germani) şi după aceasta curentul în virtutea puteri, de *conducţiune* (conductibilitate) a nervului este dus prin cilindrul ax. Este dar de deosebit în actul acesta două grupuri de fenomene, primul, acela al excitabilităţii şi transmisiunii curentuluila nerv şi grupul al doilea acela care înglobează fenomenul de *conducţiune.*

Curentul electric este transmis dela electrod la mielină şi de aci la cilindrul ax; când mielina lipseşte transmisiunea se face în cilindrul ax direct, care apoi servă ca element de conducţiune

Nu reese de loc din aceste date şi din fraza din lucrarea mea confuziunea cum face autorul voluntar sau involuntar, între *transmisiunea* curentului electric şi între ceeace se numeşte excitabilitatea nervilor şi *conducţiunea* (conductibilitatea) lor. Nicăeri în lucrarea mea nu stă scris și cu atât mai puțin în fraza ce am citat mai sus, afirmațiunea pe care criticul pretinde că ar fi a mea; el` zice «ar fi posibil ca curentul electric să *fie condus de teaca de mielină*».

Grupul de fenomene cari se produc la început, incontestabil că nu lasă mielina cu totul în afară de oarecari modificări de ordine fizico-chimică. In adevăr, luând faptele gradat, vom cità o frază după E. Remak care vorbind despre aptitudinea de recepțiune și iritabilitatea electrică zice: „Dieselbe ist nach Erb an die Existentz dar Markscheiden gekaüpft, währeut die Leitüng von den achsencylindern abhängt". (Excitabilitatea sau iritabilitatea cum scrie Erb în scrisoarea publicată în această revistă. este după Erb dependentă de existența mielinei, pe câtă vreme conductibilitatea depinde de cilindrul ax.). Așa spune și Erb în scrisoarea sa despre prima parte, iar la urma adaogă „.... sur la voie de transmission et de conduction de celle-là". Erb face deosebire între fenomenul de conducțiune și de transmisiune. Eu în fraza care face al doilea motiv al criticei vorbesc net și clar și despre *conducțiune* și despre *transmisiune.*

Nu văd în ce mă deosibesc de Erb și Remak. Rămâne bine înțeles, de știut că grupurile de fenomene cari înglobează aceste două acte se comportă astfel visavis de nerv. Primul grup care cuprinde excitabilitatea și transmiterea curentului se resfrângei asupra mielinei acolo unde există și apoi vine rândul cilindrului ax elementul conductiv; când mielina nu există, toată sarcina se răsfrânge numai asupra cilindrului ax.

Este o altă chestiune aceea de a se ștì până la ce punct este adevărat ceeace spune criticul referitor la mielină, când scrie: „.... mielina e necesară pentru difusiunea curentului electric și că astfel s'ar puteà explica necesitatea ei, căci ar servì în acest caz precum este foarte probabil, ca o substanță izolatoare, întocmai ca mătasea ce izolează firele unei bobine electrice pentru a împedicà și acì difuziunea curentului". Mielina are rol mai mare decât ceia ce afirmă criticul și fără mielină încă nu se difuzează curentul electric, ci pare că lucrurile se petrec cu totul altfel. Aceasta fiind însă o altă chestiune care privește chestiunea excitației ce zilnic facem pe organe cu nervi fără mielină o voi lăsa-o de o parte. Totuși trece la alte date cari să arate că mielina joacă un rol mai mare decât izolatorul unei bobine electrice. Sunt autori cari au găsit R. de degenerescenţă în cazuri unde conductibilitatea voluntară erà păstrată, aşa cazuri se găsesc în publicaţiunile unor autori ca Kahler şi Pick (18) Bernhard (19); E. Remak (20), Hoesslin (21), Baur (22), Hoffmann (23), ş. a. „Poate aceste cazuri cu formă gravă de R. de degenerescenţă, fără paralizii, se pot explicà printr'o *alteraţiune specială a mielinei (periaxilă) nervului atins* de nevrită degenerativă cu alteraţiuni miositice consecutive. Această părere emisă de autori ca Remak (24) Bernhardt (25) pare sprijinită de teoria Ionilor cari nici de cum nu vrea să considere mielina ca un izolator şi încă aşa de energic ca cel de la o bobină electrică.

In adevăr se ştie că din punct de vedere chimic, nervul este format şi din substanţe albuminoide şi din materii grase: lecitina fiind bine reprezentată, cerebrina deasemenea. Aceste diferite substanţe se prezintă sub forma de soluţiuni şi aceste soluţiuni conţin gelatină după cum se ştie, formând coloide sau hydrosoli cari diferă mult de soluţiunile ordinare. Asupra acestui punct Hardy, apoi Bredig în 1901 au făcut lucrări importante. După Hardy, protoplasma vieţuitoare este o soluţiune coloidală formată din parcele solide suspendate în apă. Aceste parcele prezintă caracterul de a fi cum susţine Helmholtz şi Quincke, împrejmuite de un dublu strat electric. Dacă sunt încărcate pozitiv moleculele de apă vecine, sunt încărcate negativ în mod egal. Se pot considerà deci că fiind influenţate de curentul electric ca şi Ionii, ducându-se către anod dacă sunt negative şi spre catod dacă sunt pozitive. Prin încărcarea lor contrarie ele se resping în continu, şi de aceea aceste molecule se menţin în stare de soluţiune. Fenomenul intim, esenţial, al nervului în activitate după doctrina lui Mathews, ar fi o variaţiune în starea coloidelor sale, variaţiune care s'ar face posibilă graţie faptului că parcelele în soluţiune sunt încărcate cu electricitate şi pot în consecinţă să fie influenţate prin descărcări electrice venite de undeva.

Când mielina este un element viabil apoi desigur că în ea se petrec alte fenomene decât acela de a izola, dar nici de cum acela de conducţiune, nimeni după câte ştim nu a afirmat aceasta afară de criticul de care vorbesc în această notă.

Ţin a relevà faptul că într'o primă parte criticul a denaturat sensul frazelor mele citindu-le pe jumătate pentru a trage concluziuni falşe; în a doua parte cred că am probat că ceace am, susţinut este exact şi în conformitate cu toate datele electrofiziologii şi în conformitate cu teoria lui Erb. De fapt răspunsul dat de Erb şi publicat sub formă de scrisoare în această revistă nu se referă nici decum la ceiace am susţinut în prima mea lucrare şi documentez în aceasta, ci la modul cum criticul a pus întrebarea distinsului neurologist.

BIBLIOGRAFIE

1. **Leegard.** *Neurol. Centralbl.* 1884, p. 378.
2. **Laloir.** Traité pratique et théoretique de la lèpre. Ref. în *Arch. de Neurol.* 1887, XIII pag. 300.
3. **Schultze.** *Deutsche Archiv. f. Klin. med.* 1888, XLIII.
4. **Sass.** *Deutsche Archiv. f. Klin. medizin.* 1891, XLVII.
5. **Schultze.** *Virchow's Arch.* 1882, LXXXVIII, pag. 510—540 şi în anul 1885 CII, p. 449.
6. **Oppenheim.** *Arch. f. Psych.* 1884, XV, pag. 859 şi în *Charité Annalen*, 1886, pag. 410 şi următoarele.
7. **Remak.** Elektrodiagnostic u. *Elektroterapie* 1895.
8. **Pick.** *Arch. f, Psychiatrie* 1878, VIII, pag. 279.
9. **Eisenlohr.** *Deutsche Arch. f. Klin. méd.* 1880. XXIII, pag. 459—522.
10. **Adamkiewicz.** *Charité Annalen.* 1880, V, paŭ. 503.
11. **Vierordt.** *Arch. f. Psychitrie*, 1883, XIV, pag. 393—399.
12. **Kahler.** *Zeitschr. f. Heilkunde* 1884, V. 2 u. 3 Heft.
13. **Mendelsohn.** Untersuchungen über de Muckelzukung bei Erkrankungen des Nervennund Muskelsystems. Dorpat 1884.
14. **Erb.** *Arch. f. Psych.* 1885, V, pag. 445 şi în lucrarea Krankheiten des Rukeumarks în V. Ziemssrn s. 2 Aufl. 2 Häfte.
15. **Eisenlohr.** *Deutsche Arch. f. Klinische méd.* 1880.
16. **Freund.** *Deutsche Arch. f. Klin. méd.* 1885, XXXVII pag. 404.
17. **Remak.** *Arch. f. Psych.*, 1885, XVI, pag. 263.
18. **Kahler** şi **Pick.** Beitrag. z. Path. u. Pathol. Anatomie der Centralnervensystems.
19. **Bernhardt.** *Virchow's Arch.* LXXVIII, pag. 267.
20. **E. Remak.** *Neurol. Centralblat.* 1885, No. 14.
21. **Hoesslin.** *Müncheuer méd. Wochen.* 1886, No. 3.
22. **Baur.** Ein Fall von multipler dégéner. Neuritis München, 1887.
23. **Hoffmann.** *Archiv. f. Psych.* 1889, XX, pag. 691.
24. **E. Remak.** loco citato.
25. **Bernhardt.** *Centralb. f. Nervenheilk.* 1885, No. 16.

FAPTE CLINICE

D-rii Al. Slătineanu și P. Găleșescu.

KIST IDATIC AL SPLINEĬ

Kistele idatice ale splinei, deși sunt astăzi destul de rare, nu mai constitue însă ca altă dată surprize de autopsie, căci grație diferitelor lucrări și observațiuni publicate, se poate pune acum diagnosticul cu mai multă ușurință.

Aceste kiste se observă une-ori numai în splină, alte-ori se găsesc simultan producțiuni analoage și în alte organe. Echinococul în diferitele faze ale evoluțiunii sale se dezvoltă, fie numai în parenchimul splenic, fie în capsulă, sau în epiploonul gastro-epatic. Unice sau multiple kistele idatice au un volum variabil. Ele pot în anume cazuri să dobândească o desvoltare considerabilă și după cum evoluează să deformeze sau regiunea ipocondrului stâng, formând o ridicătură în cavitatea abdominală, constituind ast-fel tipul descendent a lui Dieulafoy, sau să invadeze din contra partea stângă a cavității toracice, să împingă grilajul costal, constituind ast-fel tipul ascendent a lui Dieulafoy. — Kistele idatice solitare ale splinei sunt rare, căci F. Moser, într'o monografie amănunțită asupra kistelor idatice nu menționează decât 3 cazuri pe 66 de kiste multiple splenice, iar după Neisser și Rostochinsky, splina ar fi atinsă de 0,3% față de ficat, care este izbit de 45%. Raritatea mai ales a kistelor idatice solitare ale splinei ne-a făcut să dăm publicității această observație.

In ziua de 13 Ianuarie 1905 este primit în serviciul medical al d-lui dr. Urlăţianu dela spitalul Colintina pacientul Dumitru Bleancă, muncitor, de ani 46, din comuna Băneasa, judeţul Ilfov.

Ca antecedente ereditare găsim, că tatăl şi muma au murit de febră tifoidă, după cum spune bolnavul.

Antecedente personale. Complect sănătos, a avut numai de câteva ori friguri palustre, şi tuşeà adeseaori fără să expectoreze. Căsătorit la 22 ani, a avut 10 copii, din cari 7 trăesc, sunt sănătoşi; trei au murit, nu poate să ne spună de ce. Nevasta sa sănătoasă. Nu mai are pe cineva în familie, care să sufere de vre-o boală, ale cărei simptome să se asemene cu acelea ale boalei lui.

Acum 4 ani a avut un şancru sifilitic pentru care a fost tratat cu fricţiuni mercuriale tot în spitalul Colintina. De atunci nu a mai avut manifestaţiuni, nici bucale, nici cutanate. Este vechi alcolic şi tabagic.

Istoricul boalei. Boala actuală datează aproape de un an, când observă, că atunci când mergeà prea mult i se lăsà o greutate în ipocondru stâng, însoţită şi de o durere, care îl făcea să steà pe loc. Nu aveà, la început, nici o turburare gastrică, intestinală, nici din partea aparatului respirator sau circulator. Câteva luni însă după acest debut, a început să observe că greutatea din ipocondru devenià din ce în ce mai mare. Prin luna Martie durerile din ipocondru stâng devenirà mult mai mari, se iradiau şi după spusa bolnavului răspundeà în umărul şi mâna stângă; tot atunci observă că oboseşte lesne din care cauză muncià mai puţin şi chiar începuse să aibă oare cari turburări în digestie, ne permiţându-i decât ingerarea a mici cantităţi de alimente.

Pe la sfârşitul lunei Martie, observă că ipocondrul stâng devine cevà mai bombat, apărându-i sub falsele coaste din stânga o tumoră de mărimea unei nuci, tumoare ce a crescut necontenit. In timpul acesta a început să-i apară dureri de stomac, mai pronunţate, când se sculà, aveà gura plină de bale sărate în toate dimineţile. Pofta de mâncare a diminuat la început, în urmă i-a mai revenit. Constipaţia o avea intermitentă, acum nu o mai are. De câteva luni fenomenele de greutate în ipocondru au început a creşte necontenit, are dureri toracice sub formă de junghiuri şi dureri vii în epigastru. Toate acestea îl făceau să fie inapt pentru cea mai mică lucrare. Nu a trăit (în proximitate) împreună cu câini sau pisici şi nici nu poate suferì aceste animale.

Prin luna August a slăbit foarte mult, durerea de sub falsele coaste devine foarte mare, această durere se iradiază în mâna şi umărul stâng. Tuşeà des, fără să expectoreze ceva. Mâncà puţin, aveà dificultate în digestie şi scaunele le aveà la 2—3 zile. Tumora crescuse acum cât un ou de gâscă.

Prin luna Octombrie tumoara se făcuse atât de mare cât o portocală, supărà pe bolnav care slăbise, puterile le pierduse cu totul, încât nu mai puteà nici munci, nici umblà fără să ostenească.

Slarea prezentă. Bolnavul de talie mijlocie, este slăbit mult, ţesutul adipos redus, ţesutul muscular diminuat şi flasc, pielea uscată şi sbârcită cu elasticitatea pierdută, se observă un uşor edem al peretelui toracic. Se plânge de dureri în ipocondrul stâng spune că pare că il apasă ceva, această durere răspunde spre coloana vertebrală, umărul şi mâna stângă. Tuşeşte des, însă nu expectorează. Se plânge de dificultate în respiraţie, care este mai accentuată în respiraţia profundă. Nu are poftă de mâncare, mănâncă foarte puţin. Este constipat, nu are nici o turburare din partea aparatului urinar, micţiunile normale, urina nu conţine nici albumină, nici zahăr. Nu poate face nici o muncă fizică, căci oboseşte foarte uşor.

Examinând bolnavul la torace, constatăm prin percuţie, la partea anterioară stângă o matitate care începe dela al III spaţiu intercostal stâng şi merge în jos până la nivelul falşelor coaste, de unde se continuă cu matitatea tumorei din ipocondrul stâng. Această matitate devine obscură (lemnoasă) dela marginea superioară a celei de a 7 coaste stângi. In dreapta matitatea ficatului normală. Vârful cordului bate în dreptul celei de a V coastă, foarte puţin perceptibil în al V spaţiu inter-costal şi anume la marginea stângă a sternului, decì cordul este deviat spre dreapta.

Ca aspect general privind bolnavul de faţă, observăm că partea inferioară şi stângă a toracelui (baza) este mai bombată decât cea dreaptă, bombare ce e mai accentuată la nivelul celei de a XII coastă. Mamelonul din stânga este ceva mai sus decât cel din dreapta. In linia axiliară stângă, bombarea începe dela a VII coastă şi atinge maximum in dreptul celei de a IX. Măsurătoarea hemitoracelui în dreptul mamelonului drept a dat $46^1/_2$

cm. în stânga, $45^{1}/_{2}$ în dreapta. In dreptul apendicelui xifoid în stânga 47 cm., în dreapta 45 cm.

La ascultaţie murmurul vezicular se aude bine în dreapta, în stânga numai până la nivelul celei a III-a coastă. Bătăile cordului mai obscure. Pulsul este 52 pe minut, mic şi mai rar.

La partea posterioară a toracelui se observă o bombare către baza toracelui stâng, spaţiile intercostale mai vizibile, coastele sunt mai îndepărtate, prin percuţie se observă o submatitate, iar la 2 degete sub unghiul inferior al omoplatului stâng începe o matitate absolută; în partea dreaptă este o uşoară submatitate la bază. Prin palpaţie vibraţiile toracice la stânga sunt mai acentuate la vârf, ele dispar în dreptul matităţii, adică cam la 2 degete sub omoplat. La ascultaţie expiraţia este puţin mai prelungită la ambele vârfuri. In pulmonul stâng cu cât ne coborîm în jos dela vârful omoplatului, cu atât murmurul vesicular e mai diminuat, iar la bază nu se aude de loc. La baza pulmonului drept sunt câteva raluri de congestie.

Examinând bolnavul în poziţie culcată, se observă o tumoare de formă conică a cărei bază dispare sub falşele coaste la 3 cm. de apendicele xifoid, vârful se dirige către ombilic trecând pe deasupra lui. Direcţia tumorei este oblică începând dela terminarea liniei mamelonare stângi merge în jos şi înăuntru până la 3 ctm. deasupra ombilicului. Inălţimea tumorei dela vârf până la falşele coaste este 20 cm. Această tumoare prezintă 2 versante: Versantu extern convex puţin boselat, pierzându-se încetul cu încetul sub păretele abdominal. Versant intern e brusc şi la mijlocul lui prezintă o adâncătură de 3 cm. Vârful tumorei este rotunjit şi se află, deasupra ombilicului la 3 cm. spre dreapta de linia mediană. Ipochondru drept e gol şi ne prezintă o adâncătură limitată în stânga de marginea proeminentă a tumorei şi în dreapta de falsele coaste. In poziţie laterală pe linia axilară la percuţie avem matitate începând de la a 7-a coastă în jos, până la marginea inferioară a falselor coaste, unde se continuă cu aceea a tumorei. Tumora nu este nici mobilă, nici mobilizabilă.

In picioare dispar şanţurile şi jumătatea stângă a bazei toracelui e mai bombată decât cea dreaptă. In ipochondrul stâng, în direcţia liniei paramamelonare stângi şi la 3 cm. sub falsele coaste există maximum de bombare.

Observând bolnavul de profil şi în picioare, se vede că partea stângă şi inferioară a toracelui ca şi partea superioară a abdomenului, este mult mai proeminentă.

Temperatura luată în ziua intrărei în spital, 13 Ianuarie, a fost 37^6, a doua zi 38, a treia zi 37^8, a patra zi 37^5 şi s'a menţinut tot acì.

La 14 Ianuarie se face o puncţie exploratrice în mijlocul tumorei din regiunea splenică şi se scoate un lichid limpede ca apa de stâncă. — O altă puncţie făcută la spate între al 6—7 spaţiu intercostal stâng, a dat acelaş lichid limpede, (examinat acest lichid la microscop, s'a găsit că conţine foarte rare cârlige). Puncţia la baza dreaptă a dat un lichid seros, în care s'a găsit limfocite. După puncţie bolnavul a avut o urticarie, care a ţinut o zi.

La 18 Ianuarie se face examenul urinei şi se găseşte cantitatea 600. gr., D = 1.026, coloarea gălbue închisă, aspect transparent, depozit aproape nul, consistenţă fluidă, odoare sui generis, reacţie franc acidă. Albumină — nu are, zahăr — nu are, cloruri 10$^0/_{00}$, urea 13.5$^0/_{00}$, acid uric 0.265$^0/_{00}$, acid fosforic 1.80$^0/_{00}$, mucină nu are, pigmenţi biliari nu are, indican nu are. — In sediment; celule epiteliale late, foarte rar urat sodiu, rare cristale fosfat amoniaco-magnezian şi foarte rare leucocite.

In ziua de 22 Ianuarie 1905, se face examenul sângelui şi se găseşte: globule roşii 4.200.000, globule albe 10.200, Densitatea 1057, cantitatea de hemoglobină 85$^0/_0$, Raportul hemo-leucocitar $^1/_{412}$. Forma şi volumul globulelor roşii neschimbată. Raportul varietăţilor de leucocite: limfocite 24$^0/_0$, polinucleare neutrofile 48$^0/_0$, mononucleare 12$^0/_0$, eozinofile 8$^0/_0$, intermediare 4$^0/_0$, mastzellen 4$^0/_0$.

De ce natură este această tumoare şi în ce organ se află ea?

Trebue să eliminăm dela început ficatul, căci ocupă în ipocondrul drept poziţia lui normală, ar fi însă mai greu de pus diagnosticul dacă am aveà aface cu o tumoră desvoltată în lobul stâng al ficatului. Desvoltarea însă a tumorei dela dreapta spre stânga, precum şi prezenţa ascitei e destul de frecuentă, când ficatul este atins, ne ajută mult în punerea diagnosticului.

Cu kistele epiploonului şi mezenterului nu s'ar puteà confundà decât în cazul când splina ar fi fost mobilă sau dacă kistul splinei ar fi fost pediculat Căci tumorile kistice ale epiploonului sunt foarte mobile şi îşi schimbă poziţiunea, după cum bolnavul este pe partea stângă sau dreaptă.

Cât despre kistul mezenterului ar fi trebuit să prezinte cele trei semne ale lui Tillaux, mobilitate mare în toate sensurile, zonă sonoră între tumoră şi pereţii abdominali şi altă zonă sonoră deasupra pubisului, pe lângă aceasta tumora noastră a luat naştere în ipocondrul stâng, localizare ce nu are aface cu tumorile mezenterului.

S'ar mai fi putut confundà cu o tumoră a rinichiului, însă aceste tumori au de obiceiu o desvoltare centrifugală şi bombează mai mult în şeale decât înainte. Inainte şi pe marginea ei externă nu există zona de sonoritate, datorită, intestinului gros, lipit în unghiuri de faţa anterioară a tumorei şi interpus între ea şi părete abdominal, sonoritate ce se găseşte la tumorile renale, însoţită şi de cele lalte simptome concomitente; turburări urinare, colici nefretice, hematurii.

Nu poate fi o tumoră a coadei pancreasului (kist) căci nu presintă sonoritatea pe faţă anterioară, datorită stomacului. Aşa dar nu putem aveà aface decât cu o tumoră a splinei, organ, prin excelenţă al tumorilor ipochondrului stâng.

Să vedem acum care este natura acestei tumori. In general splina palustră, splina leucemică, tuberculoasă, megalosplenia primitivă sunt tumori abdominale născute în ipocondrul stâng şi care, graţie greutăţii şi desvoltării lor au tendinţa de a imigrà din ipocondru către cavitatea abdominală.

Toate aceste spline mai formează tumori câte odată foarte desvoltate, din care o parte (cea mai mică) se află aşezată înapoiul coastelor în ipocondru, şi cealaltă cea mai (voluminoasă) face o ridicătură în abdomen. Partea tumorei ascunsă înapoiul coastelor în ipochondru stâng nu este accesibilă palpaţiei, ea se pune în evidenţă numai prin matitatea ca şi prin bombarea ipocondrului. Partea tumorei situată în abdomen, este din contră, foarte accesibilă palpaţiei şi ne permite a-i precizà situaţia forma, consistenţa, dimensiunea şi gradul ei de mobilitate.

Cu totul altfel este conformaţia tumorei bolnavului nostru, căci o parte dintr'însa e situată în pântece, iar cealaltă parte se află înapoia grilajului costal, în torace, asvârlind coastele în afară şi împingând în sus diafragmul şi pulmonul, deviând astfel inima către dreapta. Tumora bolnavului nostru este deci abdomino-toracică.

Splina palustră formează o eşitură în ipochondrul stâng şi dă naştere în pântece la o tumoră câte odată extrem de voluminoasă. Deşi ipertrofiată, splina palustră păstrează aproape forma sa şi nu este de loc boselată; contrar de ceeace se întâmplă la bolnavul nostru. Pe lângă aceasta, splina palustră este precedată de accese de febră cu tipuri diferite şi creşte cu atacurile febrile şi cu starea caşectică a paludismului, pe când bolnavul nostru nu a avut acum nici febră şi sănătatea lui nu e aşà de compromisă. Febra palustră a avut-o în copilărie, fără ca splina să rămână ipertrofiată.

Dacă tumora ar fi fost la dreapta, am zis că ne puteam gândì la un kist idatic al ficatului şi anume la acele kiste mari idatice ale feţei convexe a ficatului, care ar împinge organele toracice, aşà în cât ar puteà simulà un epanşment pleural. La bolnavul nostru, însă tumora se află la stânga deci ar trebuì să punem diagnosticul de kist idatic al splìnei. Matitatea însă aflându-se şi în regiunea toracică, nu s'ar fi putut oare pune diagnosticul unui epanşment mare pleural? căci avem multe din semne; dispariţia sonorităţii spaţiului lui Traube, absenţa vibraţiilor, tăcere complectă la ascultaţie şi deviaţia inimei, pe lângă matitatea până la al III spaţiu intercostal.

Epanşmentul pleural trebueşte eliminat pentru 2 motive: întâi bombarea ultimelor coaste din partea stângă este mai în raport cu ipoteza unei tumori din ipochondru, decât cu aceea a unui lichid liber în marea cavitate pleurală; al doilea din cauză că mamelonul stâng este ceva mai sus decât cel drept, ori se ştie că în epanşmentul pleural, ori cât de mare ar fi, aşà în cât inima să fie deviată, cele 2 mameloane rămân aproape pe aceeaşi linie, pe când în cazul de kist idatic al splinei presiunea făcându-se de jos în sus, toate tegumentele, deci şi mamelonul sunt împinse în sus, de unde diferenţa de nivel între cele 2 mameloane la bolnavul nostru. In afară de aceasta la epanşmentul pleural mai avem: egofonia, pectoriloquia afonă, suflul pleuretic şi care de cele mai multe ori lipsesc în cazuri de tumori ale splinei.

Nu putem aveà aface cu o splină leucemică. Sângele este aproape normal, deşi numărul globulelor albe este puţin mărit, iar raportul varietăților de leucocite pledează mai mult în favoarea kistului idatic (eozinofilie) decât în a leucemiei. Splina leucemică este însoțită și de tumori ganglionare (la gât, reg. inguinală, axilă) ceeace nu se găsește la bolnavul nostru. Există totuși limfadenii splenice fără tumori ganglionare, în cazul acesta avem însă modificări de sânge. Pe lângă aceasta, simptomele generale cadrează mai bine cu diagnosticul de kist idatic a cărui evoluție și creștere sunt mult timp compatibile cu sănătatea. Boala nu se traduce mult timp, decât printr'un singur simptom anume, durerea în ipochondrul și umărul stâng. Aceste dureri datează de mult timp cu exacerbații și acalmii, pe lângă aceasta tumora crescând mereu, respirația este mai jenată, așà încât are dispnee și dureri cari sunt simptomele dominante. Ar puteà fi o splină tuberculoasă? Ea este însă mai boselată decât splina kistică, alterează mult mai iute sănătatea; este însoțită de ipertrofia ficatului și în fine, lucru curios, dă naștere unei iperglobulii ce ajunge până la 80.000 globule roșii cu sau fără leucocitoză, ceeace nu se găsește la cazul nostru.

In splenomegalia primitivă, suprafața și contururile splinei nu prezintă nici deformație, nici modificațiunile splinei kistice; ficatul este ipertrofiat, anemia globulară este constantă, sănătatea compromisă; toate acestea nu cadrează cu simptomele bolnavului nostru. Așà dar diagnosticul ce se impune este de kist idatic al splinei. Absența febrei, a fiorurilor și absența ori cărui simptom infecțios ne permite să afirmăm că kistul nu este pe cale de supurație, de altmintrelea lichidul scos prin puncție erà clar și transparent ca apa de isvor.

Nu putem precizà ce varietate anatomică de kist idatic erà, intra-splenic sau juxta-splenic, deoarece bolnavul a eșit din spital nevoind să se supună operației.

BIBLIOGRAFIE

Baraduc. Traitement des Kystes hydatiques abdominaux, Thèse Paris 1898.

Besnier. Pathologie de la rate, *Dict. encyclop. des sc. méd.* art. «rate» 1879.

Blum A. Extirpation de la rate. *Revue critique. Arch. génér. de méd.* 1883.

Carnabel Bull. et mémoires de la soc. de chirurgie, Bucarest 1883.

Casanova et Poulet. Contribution à l'histoire et à la thérapeutique des Kystes hydatiques de la rate. *Rev. de chirurgie* 1888, pag. 206 și 393.

Chauffard. Kyste hydatique du foie. Mort à la suite d'une ponction capillaire. *Semaine méd.* 1896.

Clado. *Progrès médical*, 1886, s. 2-a IV.

Cras. Etude sur les Kystes hydatique de la rate, Thèse, Bordeaux, 1896.

Dieulafoy. Cliniques médicales de l'Hôtel Dieu de Paris t. III.

Inăşescu N. Kistele hidatice ale splinei. Tratamentul lor. Teză, Bucureşti 1905.

Février de Nancy. Rapport sur la chirurgie de la rate. Congrès franç. de chirurgie XIV-ième 1901 Paris. Discus: Tédenat, Marchant, Leonte, Potherat, etc.

Hahn. Kyste hydatique de la rate. Splénectomie soc. méd. Berlin 1895.

Hartmann La splénectomie dans les Kystes hydatiques de la rate XI-ième congrès fr. de chir. 1897 Paris, pag. 498.

Th. Jonnescu. La splénectomie. Etude clinique et expérimentale XIII-ième congrès de chir, franç. Paris 1899. Travaux de chirurgie, 1899.

Juvara Contribuţiuni la studiul Kistelor hidatice ale splinei. *Revista de chirurgie*, Bucureşti, No. 9, 10, 11; 1898.

Lainé H. Contribution à l'étude de Kistes hydatiques de la rate. Thèse, Paris 1888.

Mosler Ueber Milzechinococcus und seine Behadlung, Wiesbaden 1884.

Mortureux Des Kystes hydatiques de la rate. Thèse, Paris 1900.

Quénu. Traitement de Kystes hydatiques du foie et de la rate. *Bull. et mémoires de la soc. de chir.* 1889, t. XV, pag. 295.

Tillaux. Chirurgie clinique.

Racoviceanu-Piteşti. Chirurgie de la rate *Bull. et mémoires de la soc. de chir.* Bucarest 1901.

Trinkler. Kyste hydatique solitaire de la rate, son diagnostique, son traitement opératoire, *Revue de chir.* 1894 (publicată întâi în ruseşte în Chirurgechesky Westnic 1893).

Vanverts I. De la splénectomie, Thèse, Paris 1897.

Wincler. Tratamentul chirurgical al Kistelor hidatice ale ficatului în special prin sutură fără drenaj. Teza, Bucureşti 1899.

Jayle. *Bull. de la soc. anat.* Decemb. 1891, pag. 647.

Virenza. Contributo alla diagnostica dalla cisti da echinococco della milza (Lo sperimentale 1895, No. 13).

Magdelaine. Kystes hydatiques de la rate. Thèse de Paris, 1868, pg. 35.

Lefèvre. Thèse de Paris 1875.

Le Noël. Thèse de Paris, 1879.

Baraduc. Thèse Paris, 1898.

John Finsen. Zur Kenntniss der in Istland vorkomemenden. Equinococcen aus dem dänischen Schmits Jahrbücher 134, pag. 181.

Madelung. Beiträge Mecklenburgscher aertzte zur Echinococcen Krankheit. In *Centralblatt für chir*, 12 Sept. 1885, pag. 208.

Bostochinsky. Deux cas de Kystes hydatiques de la rate *(Bull. de la société méd.)* de Fambof 1890. No. 5 şi 6.

Vital. Les entozoaires à l Hôpital militaire de Constantine, *Gaz. méd.* 1874.

Neisser A. Die Echinococcen Krankheit Berlin 1877.

Skoda. Echinococcus lienis geheilt dureh Iodinjection. *Allge. Wiener medicizeitung* No. 19, 1868.

Durozier. Kyste hydatique de la rate s'étant vidé par les bronches (*Gazette des hôpitaux* 1870 pag. 386).

Brault. Kyste hydatique ouvert dans le côlon. *Bulletin de la Société anatomique*, 1873, pag. 673.

Chaintre. Kyst hydalique de la rate. *(Rev. de chir.*, 1890, No. 10, pag. 811.

Habersohn. On splenic tumours *Guy's Hospital Reports*, séries III, 1869. vol. XIV. p. 213.

Koeberlé. Kyste hydatique de la rate. *(Gaz. méd. de Strassbourg*, 1873. No. 120,

Berthelot. *Journal de médecine chirurgical*, 1790, pag. 48.

Lüdersen. De hydatidibus, dissertation inaug à Goettingen (Davaine. *Traité des Entozaires*, pag. 504, 1808).

Dr. Bremser. *Lebende Würmer Wien*, pag. 250, 1819.

D. Morgagni. De sedibus et causis morborum. t. VI, pag. 392 şi 633. *(De morbis ventri* etc., epist. XXXV 1821).

Barret. Acéphalocystes de la rate et du bassin. *Bull. de la Soc. anat.* de Paris, 1828.

Degaille. Kyste hydatique de la rate, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, t. XXV, p. 112, 1850.

Goyrand G. d'Aix. *Gazette des hôp.* 1850, pag. 100.
Broca. Kyste hydatique intra splénique. *Bull. de la Soc. anat.*, t. XXVII, 1852.
Günzburg. Haeser's Arch. für ges. medicine, Bd. 7, pag. 102, 1852.
Rombeau. Kyste hydatique de la rate, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 29 et *Compte rendu de la Soc. biologique*, pag. 341, 1854.

Dr. Al. Slătineanu şi Victor Grădinescu.

UN CAZ DE FEBRĂ TIFOIDA CU DESCUAMAŢIE

In afară de cazurile de descuamaţie semnalate la febra tifoidă a copiilor, nu cunoaştem decât cele 6 cazuri observate de dr. Remmlinger (*Revue de Médecine* 1900), la adult şi cazul d-rului Mănescu-Călăraşi, semnalat în Spitalul 1900. Ceeace face interesul special al acestei observaţiuni, este faptul că mai în toate observaţiunile precedente, de febră tifoidă la copii şi cazul lui Mănescu Călăraşi, descuamaţia erà precedată de sudamina.

In observaţia noastră ca şi în observaţiunile lui Remmlinger, sudamina nu a fost, cel puţin în timpul stării bolnavei la spital. E adevărat că la intrarea ei, am constatat nişte pete, de caracter însă mai mult purpuric, cari nu aveau nici o asemănare cu sudamina. Iată observaţia bolnavei:

In ziua de 25 Maiu a. c. intră în serviciul medical al d-lui dr. Urlăţeanu dela spitalul Colentina, femeia A. S. N. în etate de 25 ani, căsătorită, de profesiune muncitoare. Ea venià din cartierul Teilor, unde în acest timp erà o epidemie de febră tifoidă.

In antecedentele acestei bolnave nu găsim decât febră palustră în copilărie; menstruată normal la etatea de 14 ani, căsătorită la 17 ani. In intervalul dela căsătorie şi până acum a avut 4 sarcini, purtate şi efectuate în mod normal; n'a avut nici un avort. Din cei patru copii unul singur trăeşte, ceilalţi au murit nu ştie din ce cauză.

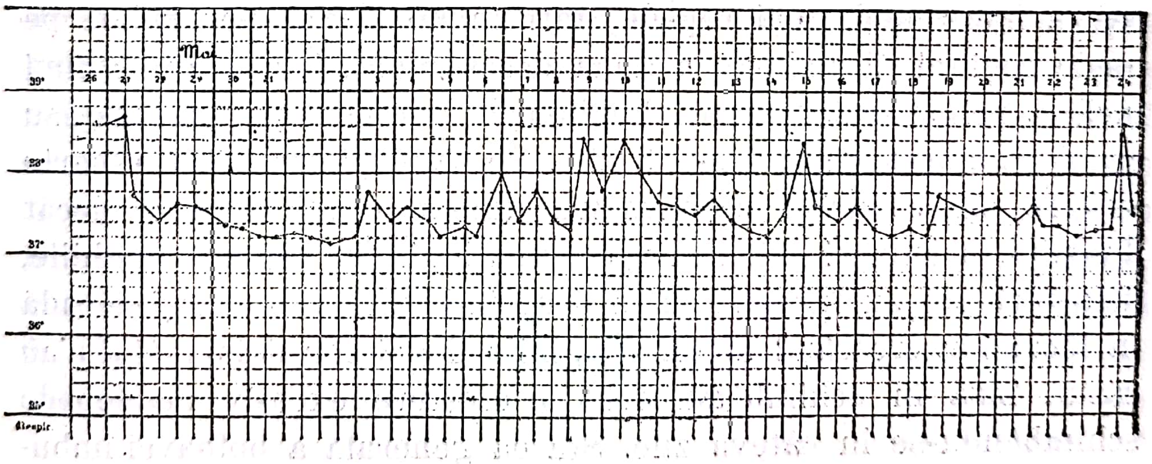
Boala actuală datează de 3 săptămâni aproape, când a fost luată într'un mod aproape brusc cu sensaţia de frig şi tremurături, urmate apoi de călduri mari însoţite de violente dureri de cap, ameţeli, greaţă şi vărsături repetate. Se simţià foarte mult slăbită, n'aveà poftă de mâncare, erà constipată şi aveà dureri abdominale mari. N'a avut epistaxis. Incă dela începutul boalei a tuşit, scuipând însă puţin, o spută mucopurulentă aerată. N'a avut junghiuri toracice.

Starea prezentă. La intrarea în spital se constată, că bolnava e febricitantă (38.6 dim. 38.7 seara) pulsul frecuent (96 puls pe minut) dicrot, regulat şi egal, delirează şi e într'o stare de adinamie, şi somnolenţă remarcabilă. Se constată pe abdomen şi pe lombe o erupţie, formată de mici pete punctiforme roşu brune, nedispărând la presiune. Restul corpului şi mai ales faţa anterioară a membrelor şi pieptul, e acoperit de asemenea cu o erupţie la fel cu cealaltă, însă pe cale de a dispăreà fiind de o coloare mai deschisă.

N'are poftă de mâncare, n'are vărsături, abdomenul puţin balonat şi dureros la presiune, constipată. Tuşeşte, expectorând puţin, o spută mucopurulentă, spumoasă. La examenul pulmonilor se constată: sonoritate normală pretutindeni, abondente raluri ronflante şi sibilante, frecături pleurale groase şi câteva raluri de congestie la ambele baze.

La cord se constată tahicardie, bătăile cardiace normale ca ritm şi intensitate.

Splina foarte puţin mărită. Ficatul nedureros, nu trece falşele coaste, sero-diagnosticul a fost pozitiv ($^1/_{100}$), din prima zi a intrării în spital. Examenul urinei ne arată, că nu există nici albumină, nici zahăr; cantitatea 600 gr. în 24 ore. Supunându-se la tratamentul obişnuit în febra tifoidă, temperatura a scăzut imediat la 37^4, fără să se simtă vre-o altă ameliorare în mersul boalei. Din contră acelaşi stare continuă a persistà. Delirul devenì mai accentuat şi în acelaşi timp la cord o tendinţă spre embriocardie. După câteva zile bolnava începù să se simtă mai bine. Bătăile cardiace au devenit mai regulate, starea generală păreà ceva mai bună, temperatura în acest timp, ajungând maximul 37^8 o singură dată. Delirul dispăruse aproape cu totul. Bolnava a fost constipată tot timpul. E de remarcat că într'această stare erà bolnava la începutul celui de al IV-lea septenar. Indată însă după aceasta, temperatura a început (9—10 Iunie) să se urce la 38^0, 38^4. Bătăile cardiace deveniră mai frecuente, fără însă ca de astădată să aibă tendinţă la embriocardie. Examinându-se bolnava cu atenţie, nu se constată nimic deosebit, fenomenele pulmonare dispăruseră în totalitate. A doua zi temperatura se menţine ridicată; bolnava delirează, starea generală deveni îngrijitoare. Se observă pe faţa anterioară a toracelui şi a braţelor o erupţie de mici pete regulate roşii, papuloase, neted perceptibile prin pipăit pe pielea foarte uscată, culoarea roşie se ştergeà prin presiune. A doua zi bolnava a continuat a aveà aceeaşi stare. Petele de erupţie s'au îmulţit devenind confluente, nu erau însoţite de mâncărime. În zilele următoare, această erupţie a apărut peste tot corpul cu acelaşi caracter, faţa n'a fost respectată. Petele de erupţie devin din ce în ce mai confluente, până ce în ziua, de 6 Iunie, adică a 5-a zi după începutul apariţiei, întreg corpul e acoperit uniform şi nu e întrerupt decât ici şi colo, de mici plăci albe, unde pielea este normală. Bolnava a început să simtă mâncărime, mai pronunţată din ce în ce. Erupţia a început să-şi schimbe culoarea într'un roşu mai închis, iar presiunea nu o mai puteà face să dispară. În tot timpul acesta temperatura s'a menţinut în aceeaşi stare, ridicându-se din când în când peste 38⁰, abdomenul balonat, constipaţie, delirul continuă a existà.



12 Iunie. De 2 zile pielea de pe piept şi faţa anterioară a început să se descuame şi să cadă în bucăţi mici. Starea bolnavei se menţine aceeaşi.

14 Iunie. Pe braţe, antebraţe, faţa dorsală a mâinilor şi gambe descuamaţia a început să se facă în lambouri mari, în degete de mănuşe, cari se desfac cu multă uşurinţă. În locul lambourilor căzute, se formează o a doua descuamaţie. Pe faţă în jurul aripilor nasului, se observă o uşoară descuamare furfuracee.

16 Iunie. Descuamarea se continuă cu acelaş caracter. Pe faţa se observă, mai ales în jurul aripilor nasului şi a ochilor, o uşoară inflamaţie.

20 Iunie. Faţa tumefiată în totalitate, de o coloare roşie închis. Temperatura 38° 2. Pulsul 96. Bolnava a avut o noapte agitată cu delir foarte pronunţat. Examenul urinei a dat următorul rezultat: cantitate în 24 ore 600 gr. coloarea galbenă brună, nu conţine nici albumină nici zahăr, urme de pigmenţi biliari, urobilină în cantitate mare. In sediment s'au găstit celule epiteliale late, puţine leucocite, cristale de oxalat de calciu; nu s'au găsit cilindrii.

22 Iunie. Descuamaţia a început să se facă şi pe faţă, în lambouri mai mici însă. Imediat ce a început descuamarea, faţa a început să se desumfle. Pielea de pe tălpi şi palme a început să se desprindă câte puţin, croind un lambou, ce cuprinde toată palma şi puţin din faţa dorsală a mâinilor, iar la picioare, cuprinzând talpa, împreună cu faţa internă a piciorului iar la călcâiu cuprinzând şi faţa poster. pe o întindere de 4—5 cm. Starea generală a bolnavei în acelaşi timp, a început să se îmbunătăţească puţin câte puţin. In zilele ce au urmat, descuamarea, a mers mult mai repede. într'un mod mai neregulat, pe unele regiuni făcându-se a doua descuamare, iar pe altele fiind încă la prima descuamare; lambourile palmare şi plantare au căzut complect după vre-o 6 zile. Pe tălpi pielea rămase foarte subţire, aşà că de şi bolnava n'a umblat toată viaţa ei decât desculţă, o jena şi atingerea cearceafului. Cu timpul, unghiile, dela picioare au început să se desprindă una câte una şi să cadă în locul lor, crescând altele. Unghiile degetelor dela mâini n'au căzut, însă în schimb au avut o creştere excesiv de repede schimbându-se în câteva zile. Starea generală a bolnavei îmbunătăţindu-se mult pe fiecare zi, a putut fi concediată pe ziua de 2 Iulie, complect vindecată. In cursul febrei tifoide, cordul, fiind după cum am văzut puţin interesat, s'a urmărit în fiecare zi cât a stat bolnava în spital, şi s'a contatat, că îndată ce a intrat bolnava în convalescenţă pulsul foarte regulat şi egal deveneà din ce în ce mai rar, ajungând până la un minimum de 45 pulsaţii pe minut, după care a început puţin câte puţin să-şi revie. Când bolnava a plecat din spital, numărul pulsaţiilor erà aproape normal, având 64 pe minut.

Făcându-i-se examenul sângelui trei zile consecutive din convelescenţă, în timpul descuamărei, s'a constatat de către d-l dr. Găleşescu o abundenţă mare de globule albe şi în special o creştere gradată a leucocitelor polinucleare şi o eozinofilie intensă.

19 Iunie. Numărul globulelor roşii 3.500.000, glob. albe 22.000 dintre cari limfocite 22°/₀ polinucleare neutrofile 52°/₀, polinucleare eozinofile 8°/₀ mononucleare 18°/₀.

20 Iunie. Limfocite 18°/₀ polinucleare neutrofile 60°/₀ eozinofile 10/₀° mononucleare 8°/₀ 21 Iunie. Limfotice 16°/₀ polinucleare neutrofile 70°/₀ eozinofile 8°/₀ mononucleare 6°/₀.

. . . .

Care poate fi explicaţiunea exantemului observat şi a descuamaţiunii consecutive? Bine înţeles, fiind dat raritatea cazurilor în febră tifoidă, nu putem acuzà bacilul lui Eberth ca producător al acestui exantem. Totuşi, fiind dat că bacilul lui Eberth conţine o endotoxină destul de virulentă, Besredka, (Annales Pasteur 1905), am puteà să considerăm exantemul ca o manifestaţie a acestei toxine. Fiind dat însă raritatea cazurilor, nu ne putem oprì la această ipoteză. Ipoteza care ni se pare nouă mai raţională, este ipoteza unei intoxicaţiuni de origină gastro-intestinală. Deşi s'au făcut culturi din sânge în momentul erupţiunei, totuşi aceleaşi culturi au rămas sterile. E probabil că microbul s'a înmulţit în tubul intestinal şi a secretat substanţe toxice cari au provocat exantemul. După noi am avut aface cu o dublă infecţie, prima eberthiană, cea de a doua de origine necunoscută, care a provocat exantemul şi descuamaţia considerată în cazul nostru ca o toxidermie supra-adăogată infecţiunei eberthiene.

LUNA MEDICALĂ

SOCIETĂȚI SAVANTE STRĂINE

ACADEMIA DE ȘTIINȚE DIN PARIS

Ședința de la 7 August 1905.

Cornil et **Condray.** Sur la réparation des plaies des cartilages au point de vue expérimental et histologique. Chestiunea aceasta este aproape rezolvată în ceea ce privește cartilagele cu perichondru, dar încă foarte controversată în ceea ce privește cartilagele articulare.

1. *Cartilagele cu perichondru.* — La acestea autorii au studiat procesul reparației pe cartilagele costale ale iepurelui de casă. Cicatrița, care la început este formată de țesutul conjunctiv născut din proliferarea celulelor perichondrale, conține curând cartilaj embrionar și cicatrița definitivă este cartilaginoasă. După autori, cartilajul embrionar nu apare în țesutul conjunctiv, în săptămâna a treia, cum credeau Legros și Peyraud, ci în a doua săptămână.

2. *Cartilagele articulare.* — Este știut că, atunci când o plagă cartilaginoasă interesează tot de odată și țesutul osos sub-jacent, spațiile medulare deschise dau naștere unui țesut conjunctiv, care ocupă foarte repede plaga cartilaginoasă. Acelaș lucru se întâmplă când plaga se află în vecinătatea imediată a sinovialei. Iritația acestei membrane determină proliferarea ei și formarea de țesut conjunctiv în plagă. De aceea autorii au practicat, la câini, în fnndul trocleii femorale, inciziuni aseptice interesând numai cartilagiul și în depărtare de sinovială.

a) Intr'o primă serie de experiență pe câini de aproape 15 până la 18 luni, n'au găsit nici o reparație atât după 8, 12 și 20 de zile cât și după o lună. Aceste rezultate concordă cu părerea lui Gies, că plăgile aseptice ale cartilagelor articulare nu se repară.

b) O a doua serie de experiențe a fost făcută pe cățel de 7 săptămâni până la 3 luni. La aceștia cicatrizația este deplină și se face în acelaș chip ca la cartilagele costale. In primele zile plaga se umple cu fibrină în care apar repede celule conjunctive tinere. Apoi, odată cu înmulţirea celulelor conjunctive, o tramă de fibrile conjunctive înlocueşte pe cea de fibrină. Cincizeci de zile după incizie, o cicatriţă cartilaginoasă a înlocuit cu totul cicatriţa conjunctivă.

Această cicatrizare diferită după vârstă, se datoreşte faptului că, la câini foarte tineri, cartilagiul articular este vascularizat şi prin urmare inciziunile deschid fatal oarecari vase. Tecile conjunctive ale acestora proliferează şi dau naştere la elementele cicatriţelor. Mai sus însă de vârsta de şease luni, cartilagele articulare la câini nu mai sunt vasculare, de aceea şi absenţa de cicatrizare.

ŞEDINŢA DELA 14 AUGUST 1905.

Marie. **Produit toxique extrait de la substance cérébrale.** Incercări anterioare ale autorului au probat că injecţiuni intravenoase, făcute la animale, cu filtrate de substanţă cerebrală normală, slăbesc grozav aceste animaleşi uneori chiar le omoară în cachexie. Se poate extrage din acele emulsiuni de substanţă nervoasă, un produs foarte toxic, pe care autorul l'a supus la experimentaţie. Această substanţă este cu totul insolubilă în apă distilată; se dizolvă, ca şi globulinele, însă numai în parte în soluţiuni alcaline slabe.

Dacă se injectează intracerebral la cobai sau la iepure de casă, se petrece întâi o perioadă latentă, ca o incubaţie, ţinând de obiceiu 20—24 ore, câte odată 2 zile. Apoi de odată isbucneşte criza: animalul sare în cuşcă, aleargă, nebuneşte, se isbeşte cu capul de obstacole, pare că vrea să se ascundă; la urmă cade într'o stare comatoasă întretăiată de convulsii tonice. Alte ori are un adevărat acces epileptiform. De obiceiu se produc mai multe asemenea crize, când subintrante, când la intervale variabile. In sfârşit animalul moare şi creerul său nu prezintă nici o leziune macroscopică. Acest creere inoculat la alt animal nu dă naştere la nici un fel de turburare.

Iepurele de casă suferă doze mai mari şi se şi poate vindecà. Rar fenomenele ţin mai mult de 12 ore.

Este greu de a se determinà doza minimă mortală a acestui produs, căci uscat se emulsionează foarte rău. Cu 0,25—0.30 ctgr. se poate intoxicà, după observaţiile autorului, mai bine de 200 cobai sau vre-o sută de iepuri de casă. Probabil, avem a face cu un amestec sau o combinaţie de mai multe substanţe foarte active. Se distruge la căldură şi se conservă puţin timp. Inoculaţii subcutane, intraoculare, intraperitoneale nu produc nici un efect, ceea ce se poate atribuì fagocitozei, care distruge otrava pe loc şi n'o lasă să ajungă la centrii nervoşi.

Incercările de a vaccinà animale sau de a pregătì un ser activ în contra acestei otrăvi, încă n'au dat rezultate mulţumitoare. Se poate zice însă, că serul de capră tratată cu filtrat de substanţă cerebrală, pare a întârzià moartea animalelor cu o zi sau două. *In vitro*, de asemenea, serul slăbeşte puterea otrăvei.

Carré et **Vallée.** **Sur l'anémie infectieuse du cheval.** In două note anterioare autorii au stabilit natura infecţioasă a anemiei calului observată în estul Franciei şi în Alsacia, inoculabilitatea ei, caracterele clinice esenţiale şi unele din proprietăţile virusului, anume că trece prin filtruri chiar puţin poroase (F şi B ale lui Chamberland). De astă-dată ei voesc să determine condiţiunile apariţiei acestei boale şi ale extensiunei sale, apoi a stabilì regulele profilaxiei. Tot ei au mai semnalat pericolul, pe care-l constitue unii cai în aparenţă vindecaţi, cari însă, în timp de multe luni se află încă în stare de *infecţie latentă* şi sunt adevăraţi *port-virus*, având deplină putere infectantă. In ori ce moment s'ar căutà, urina lor conţine albumină multă. Ei bine, sângele fiind virulent în toate perioadele boalei, erà de prevăzut că şi urina trebue să fie virulentă ; autorii au probat aceasta experimental.

Au injectat sub-cutan şi au dat să ingereze, la animale pe deplin sănătoase, urină albuminoasă dela caii ce se aflau în faze diferite ale boalei. Rezultatul a fost o infecţie tipică mortală. Astfel s'a probat şi putinţa unei infecţiuni pe cale digestivă. Apoi materiile diarheice şi escrementele solide ale bolnavilor, fiind adesea striate cu sânge, sunt neapărat tot aşà de virulente ca şi urina. *Prin urmare, dejecţiunile bolnavilor constitue vehiculul ordinar al contagiului şi căile digestive obişnuita-i poartă de intrare.*

Observaţiile făcute de autori în regiuni infectate, au dovedit că pretutindeni puţurile şi basinurile de alimentaţie erau vecine cu gunoaele şi gropile de băligar. Acolo unde promiscuitatea este mai mare, şi contagiunea este mai repede şi mai ucigătoare. Condiţiile de rezistenţă ale virusului explică rolul patogen al apei. Ţinut timp de 6 luni la o temperatură mai joasă de 0^0, el nu-şi perde nimic din calităţile sale. Işi păstrează încă toată virulenţa după o lună la temperatura laboratorului. Căldura de 100^0 îl distruge sigur.

Din acestea toate decurg regulele profilactice: 1) Să se izoleze, sau *mai bine să se sacrifice* caii bolnavi, sau cel puţin să li se adune şi desinfecteze dejecţiunile solide şi lichide ; 2) să nu se adape caii sănătoşi din regiuni infectate, decât cu apa de izvor sau fiartă; 3) să nu se primească animale ce vin din regiuni infectate, sau cel puţin să nu se amestece cu cai indemni, înainte de a fi constatat că urina acelor animale nu este albuminoasă.

Brau et **Denier.** Sur la préparation de la toxine cholérique. Huppe şi Scholl, apoi Behring şi Ranson au extras din culturi holerice, o substanţă toxică pentru animale şi au preparat cu ea un ser antitoxic. Tot de odată Metchnikoff, Roux şi Salimbeni indicau în detaliu modul de a prepară această toxină. B. şi D. reluând experienţele lor, au constatat că, prin această metodă se obţine o otravă foarte activă, dar că adesea, fără a se puteà şti din ce cauză, toxicitatea este nulă sau neînsemnată. Introducând însă ser în mediile de cultură şi mai târziu sânge defibrinat, au observat un spor al toxicităţii şi mai ales o regularizare in producerea toxinei.

După numeroase încercări, cel mai bun mediu li se pare următorul, *încălzit 3 ore la 60^0*:

Bouillon Martin gelatinat	45 cm.^{3}
Ser normal de cal	45 „
Sânge defibrinat	10 „

Totuși se obțin rezultate bune și cu :

Ser normal de cal . . . . 90 cm.^{3}
Sânge defibrinat . . . . 10 „

Pe aceste medii se obțin culturi toxice. Lichefacția este deplină pe la a 7-a zi și filtrarea dă un lichid brun roșu. Sunt însă indispensabile oarecare precauțiuni: 1) Incălzirea sus-zisă pentru a împedică producerea de substanțe ce ar supără vibrionul în desvoltarea lui; 2) Temperatura etuvei să nu varieze nici cu 1°. Temperatura optimă pentru producerea toxinei variază între 38° și 39°; 3) Culturile să fie aerisite cu prisos (cutiile lui Roux); 4) Să se întrebuințeze un vibrion, care n'a trecut prin animale, căci trecerile scad foarte repede puterea toxigenă.

Autorii au obținut cu toți vibrionii lor o toxină de o activitate aproape identică. Doza mortală pentru cobaiul de 250 gr. în injecție peritoneală sau sub-cutană, este de $^1/_2$—$^1/_4$ de cm.^{3}. La iepure de casă ea este de $^1/_{10}$—$^1/_{30}$ de cm.^{3} la 100 gr. de animal. Trebue 5—10 cm.^{3} pentru a ucide pe cale intravenoasă un câine de 5—6 kgr. In fine la doi cai rezultatele au fost următoarele: primul a sucombat în 50 minute după o injecție intravenoasă de 50 cm.^{3}, al doilea în 22 ore după 30 cm.^{3}.

Concluzii. — 1) Vibrionii izolați din fece holerice pot da o toxină solubilă; 2) Introducerea albuminelor în culturi de vibrioni a avut ca efect producerea unei toxine mai active și mai cu seamă o producere mai constantă.

G. Z. P.

SOCIETATEA DE BIOLOGIE.

NO. 24.

P. Salmon. Débuts du syphilome initial. Autorul arată în sifilomu inițial o dublă leziune: una dermică, însoțită de o mononucleoză intensă peri-vasculară, alta epidermică însoțită de o polinucleoză datorită microbilor infecților secundare. Prima e specifică, cea de a doua este banală.

Phisalix. Sur la présence du venin dans les œufs de vipère. Autorul arată că ovulele Viperei Aspis conțin un venin care inoculat la cobai produce aceleași phenomene ca și veninul Viperei. Se atenuiază prin căldură și nu trece prin dializator. Importanța faptului constă, că în momentul ovogenezei, principiile active ale veninului se acumulează în ovule.

Gilbert & Jomier. Sur la présence de gros blocs graisseux coalescents dans les capillaires sanguins du poumon normal. Autorii arată că în plămânul normal al câinilor se găsește, în capilare, blocuri de grăsime de volum destul de considerabil, care ar putea fi luate drept embolie grăsoasă.

Weil & Clerc. Un cas de leucémie myélogène chez le chien. Autorii au întâlnit la un fox-terrier o iperplazie ganglionară însoțită de o leucocitoză abundentă: 165.000 leucocite pentru 4.420.000 globule roșii. Majoritatea polinucleare neutrofile negranuloase, organele hematopoietice din contră arătau o proliferație a mononuclearului bazofil negranulos. Între organele hematopoietice și între reacția sângelui există o disociație, pe care autorii încearcă să o explice prin posibilitatea unei infecţii secundare pe teren leucemic.

Brumpt & Wurtz. Note sur le traitement de la maladie du sommeil expérimentale par l'acide arsénieux et le Trypanroth Autorii întrebuinţând methoda lui Laveran: 1 millig. de ac. arsenic pentru un kilog. de animal, 2 centig. de trypanroth pentru aceeaşi unitate, au avut rezultate negative, explicabile după ei prin faptul că virusul întrebuinţat de Laveran erà virusul din Uganda slab, pe când virusul întrebuinţat de ei erà mult mai virulent.

Dopter. Précipitines spécifiques dans le sérum anti-dysentérique. Intrebuinţând metoda lui Kraus (culturi filtrate) autorul a constatat că serul obţinut cu bacilul Shiga, dă precipitine specifice cu microbul Shiga, cu Kruse, cu Flexer şi cu pseudo-dizenterici; nu dă precipitine cu alţi microbi sau cu bulion simplu. Ar fi o probă pentru unitatea microbilor dizenterici.

Remlinger. Un cas de rage consécutif à une morsure de souris. Autorul relevând un caz de turbare în urma unei muşcături de şoarece proclamă necesitatea unui tratament anti-rabic în cazurile de muşcături de şoarecii

NO. 25.

Slătineanu. Recherches sur le sérum thyro-toxique (apărut în No. 1 al acestei reviste).

Gros. Sur l'unité des hématozoaires du paludisme. Autorul a imaginat o ingenioasă experienţă, pe un indigen musulman prezentând accese de cuartă, a depus anopheli infectaţi pe un bolnav cu terţă, zicându-şi că dacă s'ar puteà realizà ambele infecţiuni, multiplicitatea hematozoarilor ar fi probată. In cazul autorului rezultatul a fost nul.

Weil & Beaujard. Leucolyse et réaction macrofagique dans un lymphôme leucémique du chien traité par les Rayons X. Autorii constată că în ganglionii supuşi la razele X, partea periferică a ganglionilor degenerează şi se înconjură de o zonă de macrofage cari se încarcă de materii distruse. In acelaşi timp numărul globulelor albe diminuează dela 163.000 la 56.000.

Gilbert & Jomier. Note sur les cellules à graisse et à poussières du poumon. Autorii constată prezenţa grăsimii în afară de capilarele pulmonare unde au semnalat-o dejà şi în staub-zellen (celulele de pulbere.) De asemenea o semnalează şi în epiteliul bronchic şi în celulele nodulilor cartilaginoşi.

Ion G. Lache. Sur la résistance dunucléole neuronique. Autorul insistă asupra integrităţii relative a nucleolului în diferitele leziuni. Constată după Gombault şi Philippe ipertrofia lui în momentul când celula moare De asemenea insistă şi asupra persistenţei lui în urma leziunilor cadaverice.

Dévé. Prolifération vésiculaire exogène dans l'echinococcose humaine. Autorul constată într'un cas de kyst idatic multiplu desvoltare exogenă în ficat, splină, epiploon.

Lafforgue. Septicémie pneumococique et phagocytose chez les Arabes. Autorul arată un caz de pneumococie intensă coincidând cu o polinucleoză considerabilă (36.000); aceştia din urmă fagocitând pe cei dintâi care s'a isprăvit prin vindecare.

Tillaret & Vixier. Sur la nature de certains éléments clairs du liquide céphalo-rachidien pathologique. Autorii consideră elementele clare pe cari le întâlnesc în lic. cefalo-rachidian, nu ca elemente endoteliale ci ca elemente degenerate cari au macerat în lichidul cefalo-rachidian.

Bridre. Pseudo-tuberculose caséeuse chez les agneaux. Autorul a izolat un bacil analog cu acel a lui Preisz-Nocard, la miei cari muriau cu abscese în ficat şi plămâni. Microbul este aerobiu facultativ, ia gramul şi are proprietatea de a lichefià serul coagulat. Maladia a putut fi reprodusă experimental, depunând o gută de cultură în ombilicul unui miel nou născut.

I. Ch. Roux & J. Heitz. Dégénérescence des nerfs cutanés observée chez le chat à la suite de la section des racines postérieures correspondantes. Autorii au constatat după Köster că în urma secţiunei rădăcinei posterioare, un număr oarecare de nervi periferici prezintă leziuni degenerative. Aceste leziuni sunt tardive. E probabil că leziunea e datorită fibrelor centrifuge ce vin prin rădăcinile posterioare, cu toate că Köster se întreabă dacă nu cumva leziunea rădăcinelor posterioare nu are răsunet asupra celulelor ganglionare.

De Nabias. Méthode de coloration au chlorure d'or. Mordansând ţesutul nervos cu soluţia iodurată a lui Gram, pe urmă tratând cu clorur de aur 1$^0/_0$, virajul aurului se face foarte repede sub acţiunea apei anilinate 1$^0/_0$. Acelaş viraj se poate obţine sub acţiunea luminei intense sau a acidului formic sau oxalic. A. S.

SOCIETATEA MEDICALĂ A SPITALELOR DIN PARIS

Şedinţa de la 30 Iunie 1905

Barié. Déchloruration absolue ou régime faiblement chloruré chez les cardiaques. Din observaţiunile aşà de interesante pe cari le-au relatat Vaquez şi Digne, A. constată că declorurația care are o acţiune aşà de puternică în deshidratarea ţesuturilor la brightici, nu are o acţiune aşa de constantă la cardiaci, şi aceasta se înţelege, căci în edemele cari se întâlnesc în cursul cardiopatiilor rău compensate, trebue să intervină un alt element patogen, pur mecanic. Cum însă este greu să supunem pe bolnavi pentru mult timp la un regim declorurant strict, cum de altă parte este incontestabil că regimul lactat, care totuşi este uşor clorurat, a fost din timpii imemoriali considerat nu numai compatibil cu resorbţiunea edemelor cardiace, dar încă favorizând-o, pare că nu trebue să fim intransigenţi în instituirea regimului cardiacilor în momentul asistoliei şi că putem în anume cazuri să ne mulţumim de a-i supune la un regim uşor clorurat. De altfel dozarea frecuentă a clorurilor din urină şi cântărirea zilnică pot să călăuzească pe clinician în evaluarea cloruraţiei alimentare, pe care o poate permite bolnavilor săi.

Ménétrier. Sclérodermie traitée par l'ingestion de corps thyroïde. A. prezintă pe un bolnav atins de sclerodermie căruia i s'a instituit tratamentul tiroidian, şi cu care s'a vindecat complect. Erà atins de cardiopatie mitrală şi tratamentul nu a determinat alte accidente, decât o accelerare a bătăilor cardiace.

Jacquet. Maladie osseuse de Paget guérie par le traitement antisyphilitique. A prezintă un bolnav de 53 ani, bine constituit, care în plină sănătate primì un traumatism violent la nivelul tibiei drepte. Lovitura fu aşà de intensă, în cât bolnavul pierdù cunoştinţa, nu s'a făcut totuşi nici plagă, nici fractură. După câteva luni, însă, apărură dureri vii în gamba dreaptă cu sensaţiuni de căldură şi se produse îndată o deformaţie cu umflarea regiunii. Acum, trei ani după accident, tibia este foarte deformată în formă de „teacă de sabie". Se bănuì o afecţiune osoasă de origină sifilitică şi cu toată lipsa de antecedente sigure, tratamentul fu instituit şi dădù iute un rezultat decisiv: încetarea durerilor şi impotenţii funcţionale, diminuare foarte apreciabilă. A. crede că este vorba de maladia osoasă a lui Paget provocată ca în cazul lui Ménétrier de un traumatism anterior şi origina sa sifilitică pare posibilă, probă acţiunea repede a tratamentului specific.

Widal şi **Faure Beaulieu. Endocardite blennorragique constatation du gonocoque dans le sang pendant la vie et sur la végétation vasculaire après la mort.** A. relatează o observaţie de endocardită blenoragică, interesantă prin faptul că gonococul a putut fi izolat din sânge în timpul vieţii şi a fost constatat, după moarte, pe valvula bolnavă.

Este vorba de un tânăr de 27 ani, atins de insuficienţă aortică, vechiu reumatizant, care în urma unei blenoragii, fu apucat de artropatii la nivelul genuchilor, articulaţii ce mai fusese prinse în timpul unor atacuri anterioare de reumatism.

Treizeci şi patru zile dela începutul acestei blenoragii, în momentul când scurgerea încetinise, începură a se desfăşură simptomele unei endocardite acute cu palpitaţiuni, opresiune şi un suflu în primul timp la vârf, supra-adăogat la suflul celui de al II-lea timp la bază, ce caracterizà vechea insuficienţă aortică. Ciclul febril s'a desfăşurat în timpul duratei endocarditei sub forma unui tip intermitent dintre cele mai clasice. Accesul erà precedat de un fior intens; apăreà în urmă, o ridicare de temperatură depăşind câteodată 41° apoi criza se terminà prin transpirări abundente. Ca complicaţie se ivì o embolie a arterei poplitee stângi.

Bolnavul murì 24 zile după începutul endocarditei. Sângele însămânţat în 500 cmc. bulion ascită, în cantitate de 20 cmc. dădù o cultură pură de gonococi. şi anume 16 zile înainte de moarte. Acest microb nu a mai fost găsit peste 3, 9 şi 13 zile după aceea.

La autopsie se constată, afară de vechea leziune de insuficienţă aortică, o vegetaţie recentă pe marea valvă mitrală.

Examenul microscopic decelă acì prezenţa gonococului. Această îndoită constatare, făcută în sânge în timpul vieţii şi pe vegetaţiunile valvulare după moarte, ne arată încă odată realitatea septicemiei gonococice.

Hirtz și **Barié** raportează observațiuni clinice de endocardite blenoragice terminate prin moarte. Căutarea gonococului în sânge și în valvule nu s'a făcut.

Achard a găsit gonococ în sânge la un tânăr cu blenoragie complicată de artropatii și purpură.

Le Gendre. Pneumonie à rechute. A. relatează cazul unui bolnav care avù două pneumonii succesive. Amândouă evoluară clasic în ceeace privește semnele fisice și funcționale; ele fură urmate de o criză urinară netă, dar faptul anormal, a fost evoluția apiretică a celei de a doua pneumonii.

Achard și **Grenet.** Pneumonie récidivante. A. raportează cazul unui tânăr de 17 ani intrat în spital cu o pneumonie, a cărui defervescență se făcù a șeasea zi, cu o scădere considerabilă a temperaturii (35^4), dar care recidivă după 7 zile de apirexie. Această recidivă dură 5 zile și bolnavul eși în convalescență. Dar o a doua recidivă se ivì și nu dură decât 3 zile. Durata totală a boalei dela început până la sfârșitul celei din urmă a fost 37 zile.

Cele trei pneumonii se iviră în acelaşi loc, baza dreaptă. La fiecare din cele două recidive se face puncție exploratrice prin care se scoase din focarul pulmonar pneumococi virulenți.

Sicard și Moutier. Maladie du someil chez un blanc. A. prezintă un bărbat atins de maladia somnului, pe care a contractat-o acum 2 ani în Gambia, țara de predilecție a tripanosomiazii. Boala a început prin cefalee fenomene de oboseală și astenie generalizată. Simptomele predominante a celei de a doua perioadă a fost: contracturi parțiale cu crize epileptiforme și torpoare consecutivă.

A treia perioadă s'a arătat după 8 luni printr'un somn profund de 18—20 ore pe zi. In fine accese neregulate de febră, un început de escară sacrată.

Puncțiunea lombară arată o limfocitoză extrem de abundentă a lichidului cefalo-rachidian și toate semnele unei reacții meningee intense.

Anomaliile și semnele clinice actuale sunt suficiente ca să eliminăm diagnosticul paraliziei generale, a tumorilor cerebrale, processurile meningee sifilitice, tuberculoase sau palustre și să ne permită de a afirmà pe aceea a somnului chiar în lipsa controlului experimental. Tripanosomul nu a fost găsit în sânge, nici în lichidul cefalo-rachidian, dar se știe că, la albi căutarea lui nu este totdeauna pozitivă. Inoculațiunile la animale sunt încă de dată prea recentă pentru ca autorii să se poată pronunța în această privință.

Launois și Apert. Hérédité de l'achondroplasie. Se prezintă un bărbat atins de acondroplasie împreună cu fica sa atinsă de aceeași malformație. Ereditatea acondroplasiei este comună în medicina veterinară, în particular în rasa bovină. In Republica Argentina s'a putut formà adevărate rase bovine acondroplasice. E probabil că ar fi tot astfel pentru rasa umană, d că diformitatea bazinului femeilor acondroplasice nu ar genà mult nașterea.

Launois și Loederich. Association de Spirochaetes de Schaudinn et de bacilles fusiformes de Vincent dans un chancre syphilitique. Autorii au găsit, raclând un șancru sifilitic, numeroși spirocheți Schaudinn asociați la simbioza fuzo-spirilară a lui Vincent. Această asociație explică poate caracterul fagedenic pe care l'a avut șancrul

P. GAL.

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS.

Sedinţa din 6 Iulie 1905.

1) **F. Raymond.** Deux cas (discutables) de maladie de Parkinson. In primul caz tremurătura a debutat prin muşchii limbei, buzelor şi bărbiei, apoi s'a întins la mâini. Ambii părinţi ai bolnavului erau şi ei atinşi de o tremurătură. Bolnavul prezintă o sialoree manifestă şi rigiditatea musculară caracteristică parkinsonienilor. Al 2-lea bolnav prezintă o rigiditate musculară generalizată, cu lentoarea şi limitaţiunea mişcărilor mai accentuată în stânga. Tremurături cu amplitudine moderată, mers cu paşi mici, anteropulsiune. In plus însă prezintă de ambele părţi clonusul piciorului şi Babinski.

Brissaud nu se mirà când constată semnele unei afecţiuni organice la un parkinsonian, căci d-sa susţine de mult că maladia lui Parkinson e datorită unei leziuni pedunculo-protuberanţiale.

Lamy a văzut un caz superpozabil din punctul de vedere al reflexelor cazului lui Raymond. Insistă asupra caracterului scrierii în această maladie când e la începutul ei. Primele rânduri sunt bine scrise, dar în urmă literile ajung din ce în ce mai mici până devin indescifrabile.

2) **Brissaud** et **Henry Meige.** Maladie de Parkinson; Tremblement des paupières; troubles de la deglutition; debut par des phénomènes hémiparétiques douloureux. Autorii insistă asupra tremurăturii ploapelor foarte rară şi cu atât mai izbitoare cu cât faţa rămâne imobilă şi asupra debutului şi simptomatologiei cazului care aminteşte leziunile encefalice. Resping ideea unei asociaţiuni a maladiei lui Parkinson cu o afecţiune bulbară sau pseudobulbară. E una şi aceiaşi maladie ce pare legată de o leziune pedunculo-protuberanţială vecină poate cu *locus niger*.

3) **Klippel.** Anomalies multiples congénitales par atrophie numérique des tissus. Autorul atribue micimea degetelor, a unghilor, a unor muschi, etc., din acest caz unei simple atrofii numerice, cantitative a ţesuturilor. In cazurile în cari descrisese înainte acest proces nu era vorba ca acì de afecţiuni congenitale.

4) **Gilbert Ballet.** Attitude extatique chez un douteur aboulique. Bolnavul păstrează o atitudine imobilă pe pat sau pe scaun, mut aproape întotdeauna, cu ochii mari deschişi părând a fixà un punct în spaţiu ca un extatic. In realitate e un abulic, scrupulos care (precum mărturiseşte el însuşi în momentele când iese puţin diu starea obicinuită) fixează continuu o idee, cuvinte, fragmente de obiecte, etc., fără a puteà să reuşească, a-şi deprinde mintea dela aceste reprezentaţiuni. Janet atribue extazul scrupuloşilor emoţiunilor, ce-i domină. In cazul de faţă extazul nu e datorit unei stări emoţionale supraadăugate, ci abuliei însăşi.

5) **Leenhardt** şi **Norero.** Epilepsie Jacksonienne héréditaire. Mama şi fiica prezentau epilepsie Jacksoniană. Regimul decldorurat a adus un rezultat foarte satisfăcător.

Déjerine zice că cu acest regim n'a observat decât 5—10 insuccese la 100. Din contră Pierre Marie e mult mai sceptic, iar Brissaud zice că n'a avut decât insuccese.

6) **Babinski.** Spasme du Trapèze droit et Tic de la face. Un bărbat de 26 ani, ce prezintă contracţiuni limitate mai cu seamă la porţiunea descendentă a trapezului, cari uneori interesează numai unele fascicule ale muschiului, şi cari persistă în timpul somnului. Un curent electric poate produce în trapezul opus contracţiuni ce amintesc în totul pe cele observate în acest caz. Aceste diferite caractere arată că avem aface cu un *spasm* analog cu *hemispasmul facial periferic*. E un hemispasm *spinal* periferic.

Când bolnavul acesta vorbeşte sau înghite se vede capul flexat pe trunchiu, pieloşii gâtului întinşi, fruntea încreţită, sprâncenele ridicate, muşchii buzelor şi ai obrazului contractaţi. Din timp în timp se văd mişcări de ridicare şi coborâre a uneia din comisurele labiale. Când bolnavul încetează de a vorbì sau mâncă totul dispare. Aceste contracţiuni sunt bilaterale, nu sunt fasciculare, pot să fie reproduse de un altul în mod voluntar, nu apar decât în timpul unor acte voluntare. Lipsesc în timpul somnului. Toate aceste caractere arată că e vorba acì nu de un spasm ci de un tic.

7) **Henry Lamy.** Hemispasme clonique facial. Spasmes cloniques chez l'homme et chez le chien. Hemispasmul a survenit aci la un bolnav ce prezentase o veche paralizie facială vindecată astăzi. Contracţiunile clonice în cazul acesta interesează zigomaticii, ridicătorii buzei, pielosul gâtului, în totalitatea lor. Sunt brusce, cu iuţeala fulgerului şi se succed la intervale depărtate. Alte ori însă devin frecuente. Se produce o adevărată descărcare. La animalul prezentat de autori contracţiunile clonice prezintă caractere asemănătoare dar sunt localizate în domeniul trigemenului motor. Contracţiunile persistă în timpul somnului.

8) **Henry Lamy.** Un cas d'apoplexie par ramollissement hémorragique du cervelet avec phénomène de Babinski bilateral. Bolnavul se prezintă în coma cu membrele din dreapta complect inerte. Cele stângi erau contracturate şi prezentau câteva mişcări convulsive puţin violente. Pleoapele închise. Ridicându-le se constată deviaţiunea globilor oculari la stânga. Capul nu e deviat. Babinski bilateral. La examenul necropsic se constată un ramolisment roşu limitat la scoarţa emisferului cerebelos stâng ocupând 2 treimi din suprafaţa lui. Ramolismentul a fost produs printr'o tromboză a cerebeloasei posterioare. Autorul insistă asupra deviaţiunii ochilor, contracturii homolaterale, intensităţii stării comatoase, absenţei inerţiei faciale de partea hemiplegiei (bolnavul nu-şi fumà pipaj şi în special a semnului lui Babinski pe care-l pune nu pe contul leziunii cerebeloase ci pe al stării apoplectice.

9) **Taguet** et **Fay.** Deux cas de surdité verbale congénitale. Prezentaţiunea a 2 copii capabili să-şi fixeze atenţia, să execute diferite acte etc. Dacă însă li se dă un ordin oricât de simplu aceşti copii nu înţeleg. Totuşi nu sunt surzi şi repetă bine cuvintele şi frazele pronunţate înaintea lor. Limbagiul lor spontaneu se reduce la câteva cuvinte. Intre ei nu vorbesc decât prin ţipete sau monosilabe. Inţeleg după gesturi şi se fac înţeleşi prin

acelaşi mijloc. Autorii admit surditatea verbală congenitală prin viciu de desvoltare a primei temporale stângi.

Pierre Marie face rezerve asupra diagnosticului.

10) **Sicard.** Névrite ascendante et Syringomyélie consécutive. 3 cazuri de siringomielie survenite la indivizi ce avuseseră o supuraţiune anterioară. In aceste cazuri ca şi în cele publicate în Germania, sau în Franţa de Guillain, autorul nu vede o relaţiune de cauză şi efect ci mai de grabă o simplă coexistenţă admiţând totuşi posibilitatea ca leziunea periferică să fi deşteptat o glioză latentă. Simtomele esenţiale ale nevritei ascendente adică durerea şi îngroşarea trunchiurilor nervoase lipsesc în toate aceste cazuri.

Guillain crede că durerea nu e un simptom sine qua non în nevrita ascendentă şi aminteşte că unele infecţiuni se propagă prin trunchiurile nervoase fără a creà leziuni locale importante şi fără a fi însoţite de durere.

Sicard observă însă cu drept cuvânt, că în aceste cazuri nu e vorba de nevrite ascendente ci de conductibilitatea nervoasă.

Dupré et **Lemaire**. Paraplégie spasmodique des athéromateux. Un bătrân de 72 ani, slăbiciune progresivă în membrele inferioare cu atrofie difuză a muşchilor. Adducţia coapselor se face relativ bine. Reflexele tendinoase exagerate. Babinski bilateral. Lărgeşte baza de sustentaţie în timpul mersului, târăşte picioarele, paşii mici, scurţi, nesiguri, genunchi semiflexaţi. Turburări intermitente ale rezervoriilor. Nici un deficit intelectual. Ateromazie. Autorii admit localizarea leziunilor la măduvă.

Pierre Marie susţine din contră că în asemenea cazuri simptomele recunosc o leziune encefalică sau protuberanţială.

12) **Leenhardt** et **Norero**. Un caz de paralisie radiculaire cervico-brachiale d'origine traumatique avec atrophie du trapèze. In acest caz singur trapezul e atrofiat, ceilalţi muşchi sunt uşor slăbiţi. Turburările de sensibilitate afectă caracterul radicular dar descind mult mai jos decât teritoriul atins de paralizie motrice ceeace se explică printr'o ematomielie concomitentă probabilă. Diminuarea mirosului şi auzului şi iperestezia osoasă ar puteà să fie datorite unei asociaţiuni isteroorganice.

13) **Moutier** et **PierreGrasset.** Sclérose latérale amyotrophique atypique à localisation bulbaire. Atrofie musculară progresivă la un adult, părând a fi debutat prin membrele inferioare predominând în urmă la rădăcina celor superioare şi în teritoriul nervilor bulbari. Evoluţiunea a fost lentă. Reflexele abolite de timpuriu. Limfocitoza aracnoidiană absentă. Autorii admit scleroza laterală amiotrofică căci sindromul glosolabiat e aproape necunoscut în poliomielita anterioară cronică.

14) **Dide et Sacquépée.** Microbes du sang dans le démence précoce. Autorii ar fi găsit 1) un bacil scurt formând grămezi de 4—50 elemente ia gram, 2) Un bacil lung ce ia gram. 3) Un altul ce nu ia gram. 4) Enterococul.

15) **Leri** et **Catola.** Epitéliome de la moelle, le diagnostic cytologique. Cliniceşte se păreà a fi morbul lui Pott. Citodiagnosticul, arată însă o polinucleoză aproape pură şi în plus numeroase celule rotunde puţin colorabile, cu protoplasma adesea vacuolară cu nuclei palizi părând in

degenerescență. Autorii le-au considerat drept celule meningee și leucocite degenerate. Astăzi după ce examenul, anatomopatologic a arătat în acest caz un epiteliom de origină ependimară autorii cred că celulele palide descrise erau epiteliale și că erau de natură să indice diagnosticul.

16) **Guillain** et **Baudouin.** Ostéopatie rhumatismale simulant l'osteite déformante de Paget. Un bărbat în vârstă de 39 de ani, sifilis îndoelnic. Blenoragia exclusă. Crize dureroase mai ales la nivelul articulațiunilor. Atitudine simienă, trunchiul adus înainte, capul între umeri, mâinele ating aproape nivelul genunchilor. Capul normal. Coloana vertebrală aproape complect sudată și cifotică. Toracele imobil în mișcările respiratorii. Picioarele fac impresiunea că aparțin unui acromegal. Cel drept în valgus. Radiografia arată că oasele ipertrofiate nu sunt diformate, dar se vede o transparență anormală a falangelor și metatarsienelor. Nu poate fi vorba de acromegalie, căci fața, limba, membrele superioare sunt normale. Rachitismul și osteomalacia se prezintă altfel. Atitudinea, spondiloza, cutele abdominale profunde prezintate de bolnav amintesc maladia lui Paget, pe care o exclude integritatea craniului, a membrelor superioare, etc. Rădăcinile membrelor nu sunt prinse, deci nu e nici spondiloza rizomelică. Autorii se opresc la o varietate de reumatism cronic „en laissant à ce mot rhumatisme tout le vague qu'il comporte pour notre ignorance."

17) **Raymond** et **Guillain.** Ostéo-arthropaties tabétiques. Aspect élephantiasique des membres inférieurs. Grosses altérations du squelette. Un caz de tabes fără ataxie. Membrele inferioare au aspectul elefantiazic. Distrucțiunile osoase sunt foarte înaintate. Falangele și metatarsienii sunt reduși la câteva resturi la piciorul stâng, la cel drept de asemenea leziunile sunt foarte înaintate.

18) **Guillain** et **Hamel.** Ostéo-arthropaties syphilitiques chez un malade présentant un signe d'Argyll Robertson. Ipertrofie a oaselor articulațiunilor tibiotarsiene de ambele părți, survenită lent fără durere la un vechiu sifilitic. Mișcările articulațiilor limitate. La limita maximă devin dureroase. Nu există semne de tabes. Nu e deci o artropatie tabetică. Semnul lui Argyll Robertson indică sifilisul nu tabesul cum se credeà. Tratamentul specific a confirmat diagnosticul.

19) **Armand Delille.** Deux cas de Purpura à topographie radiculaire. Două cazuri foarte interesante și extrem de demonstrative. In primul, purpura ocupă teritoriul celei de a 8-a cervicală și al primei dorsale, precum și pe acela al celei de a 5-a lombară al primei și a 3-a sacrată. Intr'o a doua erupție a cuprins teritoriul rădăcinilor 6 și 7 cervicale, 6—9 dorsale și a 3-a lombară. In al 2-lea caz, purpura e localizată în teritoriul rădăcinilor 4 și 5 lombară și 1 sacrată.

20) **Lortat Jacob** et **Paul Thaon.** Atrophie musculaire myopathique et maladie de Thomsen. Atrofie foarte înaintată, ocupând mai mult rădăcina membrelor ca în miopatii. La inceputul mișcărilor apare rigiditatea caracteristică maladiei lui Thomsen, care dispare cu repetițiunea mișcării. Reacțiunea miotonică caracteristică, mărirea excitabilității mușchiului, cu perzistența tetanosului produs de curenții faradici peste timpul excitațiunii, modificări calitative a excitabilității galvanice. Nu se observă

din contră sau e puţin marcată iperexcitabilitatea nervilor. Nu există nici urmă de ipertrofie musculară. Caracterul familial al boalei lipseşte de asemenea în acest caz. Autorii cred că teoria miopatică e cea mai preferabilă când e vorba de maladia lui Thomsen. Există în acest caz turburări intense ale sensibilităţii cari ar ţine, după autori, de o isterie coexistentă.

21) **Beauvy** et **Oppert.** Sur un cas de Sarcome à myéloplaxes de la couche optique droite. Cliniceşte, bolnava prezintă accese de veselie, cântă, eră bizară. Răspunsurile erau stupide, cefalalgie frontală persistentă. Câteva vărsături. Diplopie trecătoare. Strabism convergent, roşeaţă a umărului obrazului stâng. Sucombă în comă şi se găseşte o tumoară de mărimea unui ou mic, interesând stratul optic drept, fiind constituită de celule rotunde şi de celule multinucleate (mieloplaxe).

22) **Marinesco** & **Minea.** Deux cas de Psychose polinevritique avec examen des centres nerveux. In primul caz e vorba de o femee de 37 ani, care, după 10 zile dela o facere simte dureri şi slăbiciune în membrele inferioare care progresă până ce bolnava nu mai fu capabilă să umble. După 5 zile fură prinse şi membrele superioare. Bolnava e o alcoolică inveterată, bând peste un litru de rachiu zilnic. Tabloul tipic al nevritei alcoolice. In plus turburări psihice, confuzie mentală, desorientaţie în timp şi spaţiu, iritabilitate, amnezie pentru faptele recente, une-ori halucinaţii vizuale. Leziuni secundare tipice în măduvă cu Nissl. Celulele lui Betz din zona rolandică nealterate. Al doilea bolnav, pe lângă nevrita sa alcoolică, prezintă halucinaţii vizuale, desorientaţie în timp şi spaţiu, turburări ce apar şi dispar, pentru a reapare iarăşi. Bolnavul sucombă. Se găsesc leziuni asemănătoare dar mai puţin intense ca în cazul precedent. Celulele lui Betz nealterate. Cu metoda lui Cajal se văd alteraţiuni intense ale neurofibrilelor din corpul celulei, mai puţine în prelungiri

23) **G. Marinesco.** La sensibilité de la cellule nerveuse aux variations de température. Rezumatul lucrării apărute în extenso în numărul precedent al *Revistei Şiinţelor Medicale.*

24) **E. Medea.** La méthode de Mann appliquée à l'étude des altérations des nerfs périphériques. Rezultate bune pentru studiul cilindrului ax cât şi al elementelor celulare din nervii alteraţi. Lichidul colorant se compune din casină 1% 50 părţi, Metilwaserblau 1% 30 părţi, apă distilată 100 părţi. O modificare încă a metodei lui Mann constă în faptul că după spălarea pieselor cu alcool absolut pentru ridicarea sodei caustice, nu trebue spălate în apă cu acid acetic ci tot cu alcool absolut acidulat însă. Fixarea preferabilă e în Flemming. Inainte de a colorà secţiunile cu metoda aceasta, trebuesc decolorate (de bicromat) cu permanganat de potasiu şi acid sulfuros.

25) **Lenoble.** A propos de la trépidation épileptoïde du pied pendant l'anesthésie. Cu ocazia lucrării publicată de Lannois asupra acestui subiect (vezi No. precedent al revistei), Lenoble aminteşte că a descris nistagmusul şi trepidaţia epileptoidă în cursul anesteziei încă din 1894.

26) **Lannois** et **Clément.** Trépidation épileptoïde pendant l'anestésie chirurgicale. In cursul anesteziei la un bolnav la care

trepidaţiunea se produsese în mod evident, pulsul devine filiform şi respiraţia se opreşte. Debutul acestor simptome a coexistat cu dispariţia trepidaţiunii, care a reapărut cu primele mişcări respiratorii. Autorii profită de ocazie pentru a cedà lui Lenoble drepturile de prioritate în constatarea trepidaţiunii în timpul anesteziei generale.

C Parhon.

AL II-lea CONGRES DE IGIENĂ ŞCOLARĂ ŞI DE PEDAGOGIE FIZIOLOGICĂ.

ŢINUT LA PARIS DELA 11 LA 13 IUNIE 1905.

Acest congres merită de a atrage cu deosebire atenţia noastră fiind dat starea embrionară a igienei şcolare în România. Igiena şcolară nu constă numai în profilaxia maladielor infecţioase, şi ar fi timpul ca şi la noi, să se înfiinţeze medici de şcoli, cari să se ocupe într'un mod special cu toate chestiunile privitoare la igiena stabilimentului la cari vor fi ataşaţi: inspecţiunea şi curăţenia localurilor, *alimentaţia*, încălzirea, ventilaţia, luminaţia, profilaxia boalelor infecţioase, examenul sistematic al elevilor şi profesorilor, etc.

Congresul din Paris s'a ocupat mai cu seamă cu chestiunea următoare:

1) Necesitatea examenului individual al elevilor şi a înfiinţării de fişe sanitare.

2) Utilitatea grupării copiilor după aptitudinele lor intelectuale şi organizaţia de clase speciale pentru copii anormali.

3) Organizarea luptei şi preservaţiunea antituberculoasă în şcoală.

4) Recrutarea şi instruirea medicilor şcolari.

Raportul **D-lui Mery** studiează *funcţionarea inspecţiunii medicale în şcoalele primare* cuprinzând:

a) supravegherea igienică a localurilor şi a mobilierului şcoalelor;

b) Profilaxia boalelor transmisibile (diagnostic precoce, izolarea şi excluderea suspecţilor, măsurile de vaccinare, desinfecţia).

c) Supraveghierea sanitară a copilului şi necesitatea unui livret individual: copii cu *anomalii organice* vor fi izolaţi, eliminaţi sau trimişi în sanatorii sau stabilimente speciale; *anormalii fiziologici* vor fi clasaţi după capacitatea lor auditivă sau vizuală etc....; pentru *anormalii pedagogici* se vor creà şcoli speciale (Hilfschulen şi Sonderschulen) cu metoade particulare de învăţământ,

d) Invăţământul igienei în şcoli,

e) Recrutarea medicilor şcolari.

D-rii A. Mathieu şi Mosny prezintă un raport despre *revizuirea orariului de studiu, de repaos şi de educaţie fizică în stabilimentele învăţământului secundar.*

Autorii propun: *a)* reducerea orelor de studiu sedentar (clasă şi meditaţie) la 8 ore pentru cei mari, 7 pentru cei mijlocii, 6 pentru cei mici; *b)* augmentarea orelor de somn; *c)* augmentarea repaosului hebdomadar (libertate toată ziua de Duminecă, libertate Joia întreagă sau, mai bine, Marţia şi Joia după prânz; *d)* augmentarea timpului consacrat culturii fizice cuprinzând repaosul, exerciţiile manuale, jocurile colective, jocurile libere, îngrijirile corporale, cântul.

Pe cât va fi posibil exerciţiile se vor practica la aer liber (lucrări de grădinărie, exerciţii fizice). Când starea atmosferică nu va permite aceasta, copii vor fi exersaţi la lucrări manuale ca tâmplăria, ferăria, etc., în localuri bine aerate. Experienţele fizice vor fi obligatorii.

Dr. Engerrand discută chestiunea datei începerii marilor vacanţe. Dintr'o discuţie rezultă că adunarea ar dori că vacanţele să înceapă la 14 Iulie (în Franţa vacanţele încep acum la 1 August s. n.). Dar de oarece unii părinţi nu vreau să aibă sarcina copiilor un timp aşà de lung, se propune că începerea vacanţelor să fie fixată ca până acum la 1 August, lăsându-se facultatea pentru părinţi de a-şi luà copiii cu începere dela 15 Iulie; distribuirea premiilor s'ar face la 14 Iulie şi cele din urmă 15 zile ale anului şcolar (dela 15 Iulie până la 1 August) ar fi consacrate la exerciţii de revizuire.

Dr. Weill Manton prezintă un raport amănunţit asupra *«tuberculozei în corpul didactic»*.

La institutori tuberculoza e foarte frecuentă şi datorită:

a) Contactului cu tuberculoşi (camarazi şi elevi, scriitori şi impiegaţi tuberculoşi; raportul semnalează inconvenientul de a se ţine în localul şcolar cursuri de adulţi, adunări publice, conferinţe, alegeri etc.);

b) Insalubrităţii şi infecţiunii localurilor şcolare;

c) Insalubrităţii şi infecţiunii locuinţelor;

d) Surmenagiului.

La profesori şi repetitori de licee şi colegii, tuberculoza e mai puţin frecuentă, fiind dat condiţiunile materiale mai bune, în cari se găsesc.

Autorul propune pe urmă un program foarte complect şi sistematic de luptă în contra flagelului tuberculos în corpul didactic.

DR. GRIGORE JACOBSON.

ADUNAREA PEDIATRILOR PROVINCIILOR RHINULUI DE JOS ŞI A WESTFALIEI.

A 20-A ŞEDNŢĂ ŢINUTĂ LA COLONIA ÎN FEBR. 1905.

Weyl (Düsseldorf) Raportează rezultatele excelente cari le-a obţinut prin întrebuinţarea unei conserve de lapte bătut (buttelmilch) fabricată la Vilbel, la copii dispeptici şi atrofici. (Autorul a evitat sistematic de a întrebuinţà această conservă în catarele intestinale acute febrile). Acest mod exclusiv de alimentaţie nu a fost continuat mult timp: de vreme ce scaunele deveniau alifioase se adăogă lapte de vacă laptelui bătut, în doze progresive până ce se ajungeà la alimentarea exclusivă cu lapte de vacă. Weyl crede că conserva dela Vilbel poate fi întrebuinţată în toate cazurile, în cari laptele bătut e indicat adică:

1) ca supliment pe lângă ţâţă la sugacii dispeptici, cari nu cresc în greutate;

2) la sugacii atrofici;

3) cu catarele gastrointestinale cronice când nu se poate administrà lapte de femee;

4) când e nevoe de o alimentaţie bogată în calorii şi când nu se poate dispune de lapte de femee.

Brehmer se plânge că laptele bătut a fost întrebuințat fără deosebire în cazurile cele mai disparate și propune de a se administrà laptele bătut:

1) în cazurile de insuficiență a digestiuni grăsimelor, preparat cu zahăr și făină.

2) în cazurile de insuficiență a digestiunii idraților de carbon fără făină sau fără zahăr după cum făinele sau zahărul sunt rău tolerați.

3) în cazuri de insuficiență *ușoară* a digestiunilor albuminoidelor.

Paffenholz critică părerile lui Selter pe cari se bazează indicațiunele enunțate de Brehmer. Nu crede că există dispepsii elective sistematice pentru cutare sau cutare fel de alimente. Examenul scaunelor, deși important nu poate servì ca bază de clasificație a afecțiunelor gastrointestinale, almintrelea ar trebuì ca să băgăm diarea grasă primitivă lui Biedert în aceiași categorie cu colera infantilă, în care există asemenea o insuficiență a digestiunii grăsimelor.

Selter răspunde că-și dă seamă de imperfecțiunile metodei sale, dar nu există până astăzi o bună bază de clasificare a catarelor gastrointestinale. Scopul lui principal a fost de a atrage atenția asupra importanței examenului scaunelor.

Nebel (Solingen) raportează bunele rezultate ce le-a obținut în tratamentul anemielor cu *Bioferrina*.

ȘEDINȚA ȚINUTĂ ÎN WIESBADEN IN APRILIE 1905.

Siegert face un raport asupra *eredității rachitismului* și asupra *rolului medicului de copii în lupta contra mortalității sugacilor*.

Hans Kreppe vorbește despre *mortalitatea sugacilor și selecțiunea în sensul lui Darwin*.

Nebel face o comunicare despre alimentarea sugacilor cu lapte *complect* (adică cu grăsime cu tot) acidificat.

Acidificarea se face prin însămânțare fie cu culturi pure de bacili acidi lactici fie cu lapte bătut. După ce se face acidificarea într'un loc cald, agitând laptele din când în când, acest lapte e pus în sticle, sterilizat și răcit repede.

Indicațiunele sunt:

1) Turburările digestiunii idraților de carbon;

2) Turburările *ușoare* a digestiunii albuminoidelor;

3) Cazurile în cari un copil nutrit cu lapte bătut trebue readus progresiv la lapte de vacă

Celelalte comunicări nu merită a fi analizate.

DR. GRIGORE JACOBSON.

REVISTE ŞI PUBLICAŢII STREINE

ANATOMIE ŞI ISTOLOGIE NORMALĂ

G. Marinesco. Recherches sur le noyau et le nucléole de la cellule nerveuse à l'état normal et pathologique. *(Journal für Psychologie und Neurologie,* V, 1905). Studiul nucleului în general a dat naştere la cercetări numeroase şi interesante.

Nucleul conţine substanţa ereditară (Weissmann, Hertwig, Boveri). Un fragment anucleat dintr'o celulă dispare, cel nucleat se regenerează (Nussbaum, Gruber). Nucleul fără protoplasmă de asemeni dispare (Verworn). Pentru fiecare speţă celulară există un raport constant între volumul celulei, al nucleului şi nucleolului. Nucleul are o membrană şi un conţinut. Acesta din urmă constă într'o reţea de linină şi granulaţiuni, cari sunt eritrofile, cianofile sau bazofile, iar ca volum micro şi macrosome.

O parte esenţială a nucleului e constituită de nucleol. Cercetările lui G. Levi au arătat, că nucleolul e compus din două materii, cari diferă din punct de vedere morfologic şi isto-chimic; una este acidofilă, iar alta bazofilă. Bazat pe studiile sale asupra cariochinezei celulii nervoase, Levi crede, că partea acidofilă a nucleolului se transportă în centrosomi şi fusuri. Substanţa bazofilă e constituită de nucleină.

Cajal admite din punct de vedere al constituţiei cromatinii trei feluri de nuclei:

1) nuclei cu cromatina reticulară,

2) nuclei cu cromatina dispusă în granule centrale şi

3) nuclei cu cromatina dispusă într'un singur nucleol omogen. Cajal admite, că partea acidofilă a nucleului e tot cromatina ordinară modificată însă prin repaosul mitozic prelungit.

Autorul a putut constată, că faptele arătate de Levi în sistemul nervos central la epure, cobai, câne, broască şi chiar la copil, sunt exacte. Topografia bazicromatinei este cea descrisă de Levi.

Descrie apoi amănunţit topografia celor două substanţe nucleolare în diferite celule ale sistemului nervos, după propriile sale constatări. Reiese din aceasta următoarele fapte importante: cu cât celula e mai voluminoasă, cu atât substanţa bazofilă e mai diminuată, ea se reduce la tranşe periferice alipită voluminosului corpuscul central acidofil. In celulele mici substanţa acidofilă dispare aproape faţă cu enorma cantitate de materie bazofilă. Cu cât nucleolul celulei e mai voluminos, cu atât conţine mai multă substanţă bazofilă.

Membrana nucleară se bucură de oare care permeabilitate, constatată de Henneguy şi de Levi şi confirmată de faptul măririi repezi de volum a nucleului şi nucleolului după secţiuni nervoase ca şi de acela al diminuării acute consecutivă smulgerii unui nerv.

Reţeaua nucleară n'are nici proprietăţi exclusiv acidofile, nici bazofile, dar acidofilia e mai marcată. In celulele mari reţeaua îşi pierde aproape complect afinitatea bazofilă. Condus de constatările sale făcute asupra sistemului nervos la embrioni, în cursul cărora a stabilit că nucleolul nu este altceva decât un corpuscul nuclear diferenţiat dintre mai multe de aceeaşi mărime, că acest proces de diferenţiare în celule radiculare se face mai repede, decât în cele simpatice, autorul admite, că celule cu doi nuclei, care se întâlnesc de altfel rar în substanţa cenuşie a sistemului cerebro-spinal, sunt celule, cari şi-au păstrat caractere din viaţa vegetativă embrionară. Diferenţiarea amintită explică şi incapacitatea de proliferare a celulei nervoase la adult. Prof. Marinescu a constatat fenomene sigure de multiplicaţiune celulară prin diviziune directă a nucleului în celulele ganglionilor simpatici ale unui embrion uman de 3—5 luni. Vacuolele constituesc un element normal al nucleolului. Numărul şi dispoziţia lor sunt foarte variabile. In unele stări patologice se găseşte o veritabilă degenerescenţă vacuolară. Vacuolele emigrează din nucleol în carioplasmă, ceea ce ar probà o funcţiune secretorie a nucleolului. Pe lângă vacuole, prof. Marinescu a constatat existenţa unui corpuscul nucleolar, pe care-l consideră ca nucleolul.

Nucleul e situat în centrul celulei nervoase, afară de unele celule ca acelea ale coloanei lui Clarke şi unele celule simpatice. Forma lui se adaptează după a celulei, dezvoltându-se în sensul rezistenţei mai mici. Astfel e oblung în celulele fusiforme, triunghiular, elipsoid în celulele piramidale.

Nucleolul unic e puţin excentric. Când sunt mai mulţi, ocupă situaţiuni variabile. Georgescu, elev al prof. Marinescu, a descris o formaţiune, observată împrejurul nucleolului şi numită perinucleu. Ar constà în concentrarea reţelei nucleare şi a microsomelor sale în acea zonă. Această formaţiune a constatat-o şi autorul.

Nucleolul n'are nici au rol în formaţiunea pigmentului, contrar de susţinerea lui Galeotti.

E inadmisibilă părerea lui Sano, că un agent iritant, care determină multiplicaţiunea elementelor interstiţiale, ar da naştere şi la celule nervoase cu doi nuclei, diviziune nucleară fără diviziune a protoplasmei. Acestea sunt de origină embrionară.

In urma resecţiei pneumogastricului A. a văzut în celulele nucleului acestuia formaţiuni, cari se apropie de cele descrise de Nélis ca centrosomi în ganglionii spinali de animale moarte de turbare.

Ori de câte ori se produce o disoluţie bruscă a elementelor cromatofile sau alteraţiuni ale neurofibrilelor perinucleare, nucleul se deplasează. Nucleul e atras spre locul unde elementele cromatofile şi neurofibrilele sunt integrale. Deplasarea e rezultanta atracţiunii inegale exercitate asupra lui. In faza de reparaţiune, printr'un mecanism opus nucleul se dirige din nou spre centru.

Deplasarea nucleului este una din trăsăturile esenţiale ale leziunilor secundare, consecutive acţiunilor nervoase şi descrise de prof. Marinescu. In intoxicaţiuni, în infecţiuni, etc., deplasarea nucleului e o modalitate contingentă, pe când în leziunile secundare e absolut constantă.

In stările patologice, celula, nucleul şi nucleolul reacţionează în mod solidar; augmentarea şi diminuarea volumului celulei e concomitentă cu a nucleului şi nucleolului. Dar sunt condiţiuni, cari interesează de preferinţă unul dintre aceste organe. Astfel stricnina administrată la câni tineri, provoacă o augmentare considerabilă numai a nucleolului.

In stări patologice și după smulgeri de nervi există în jurul nucleului deplasat o atmosferă de substanță cromatofilă în stare de disoluțiune. Cu metoda lui Cajal se vede în aceeași zonă o cantitate de neurofibrile, cari nu există în restul protoplasmei. Leziunile substanței fibrilare și ale celei cromatofile sunt deci solidare. In cazuri de leziuni grave ale celulei nervoase există o alterațiune specială a nucleului descrisă de Nissl, Sarbo-Colucci, Lugaro sub numele de omogeneizațiunea nucleului cu atrofie. A. studiind această leziune, îi descrie două faze: prima, în care volumul e normal sau puțin augmentat și o alta, în care nucleul e atrofiat. In prima fază nucleul se colorează foarte intens și nu i se poate studià structura, în a doua fază se colorează mai puțin, vezicula nucleară e retractată, nucleolul e atrofiat uneori considerabil și în nucleu nu se vede structură aparentă. Această leziune se produce în urma turburărilor grave de nutrițiune interesând electiv regiunea nucleară: legătura aortei abdominale, inflamațiuni acute și cronice ale creerului și măduvei; e o manifestațiune frecuentă în ganglionii spinali la tabetici, bătrâni.

Experiențe de intoxicație cu stricnină la animale tinere au arătat, pe lângă o augmentare considerabilă a nucleolului amintită mai sus și o multiplicațiune a granulațiunilor nucleolului, dându-i acestuia cele mai variate aspecte: fusiform, muriform, etc. Aceste modificațiuni s'ar puteà interpretà ca o tentativă de diviziune nucleară a celulei, care n'ajunge însă la multiplicațiunea nucleilor.

In turbare au descris Cajal și A. modificațiuni importante ale nucleolului: ipertrofie, desagregarea granulelor nucleolare.

Intr'un caz de meningită supurată experimentală A a constatat în celule mai mulți nucleoli. De asemenea a constatat leziuni caracteristice ale celulei și nucleului la un epileptic.

Metoda lui Cajal ne arată nucleolul compus din două părți: o substanță fundamentală omogenă, în care înoată o cantitate de granulațiuni. Alte ori cu aceeași metodă nucleolul apare omogen. E întrebarea, dacă acesta nu e un artificiu de preparațiune.

Augmentarea volumului nucleolului se face mai frecuent prin augmentarea substanței fundamentale.

Brasch a descris alterațiuni nucleare produse prin substanțe dezidratante introduse în peritoneu și stomac. Aceste alterațiuni constau sau într'o retracțiune a nucleului cu conținut nuclear de aspect închis și cu o zonă clară din ce în ce mai largă în jurul nucleului, cu cât leziunea e mai avansată sau în nuclei mari cu grăunțe intens colorate în albastru împrejurul nucleolului. Prima leziune e reparabilă.

S'a descris schimbări de formă ale nucleului în diferite stări patologice. Deformațiune a marginilor și un aspect unghiular s'a găsit în ipertermia experimentală de Goldscheider, Flatan, Brasch, Ewing, etc.

Mici corpusculi dyazofili, descriși de prof. Babeș sub numele de corpusculi metacromatici, despre cari Ewing susține, că nu conțin o parte centrală acidofilă și pe care și A. i-a găsit la bolnavi sucombați cu ipertermie, îi consideră ca emisiuni nucleolare, bazându-se pe experiențele sale de intoxicație cu strichină și morfină la animalele nou născute.

MINEA.

Herm. Schridde. **Die Wanderungsfähigkeit der Lymphozyten,** (Emigrarea limfocitelor). *(Münchener medizinische Wochenschrift,* No. 39, 26 Septembrie 1905).

Intr'un ganglion limfatic al unui nou născut, prezintând tabloul tipic al limfocitemiei, Schridde în urma coloraţiei cu Azur II — Eozină şi tratării secţiunilor cu acetonă, procedeu care permite diferenţiarea limfocitelor de leucociţi granulaţi, a putut să observe în capilare figuri demonstrative pentru mobilitatea limfocitelor.

Fenomenul acesta deşi observat într'un caz patologic, se observă probabil şi în cazurile normale şi nu numai în capilare dar şi pentru limfocitele cari circulă în sângele periferic. S. IRIMESCU.

Audry (Toulouse). **Gonococcie métastatique de la peau.** (Angiodermite suppurée à Gonocoques). *(Annales de Dermat. et Syphil.,* 1905, No. 6). Este vorba de un băiat de 19 ani, care în cursul unei blenoragii acute, complicată cu artrite, a prezintat şi un eritem polimorf cu elemente purulente şi colecţii purulente sub-epidermice. Atât examenul bacteriologic al puroiului cât şi examenul istologic al unor fragmente de piele din elementele eruptive sau din vecinătatea colecţiunilor, au permis să se constate prezenţa gonococilor. De asemenea de notat au fost leziuni vasculare însemnate. Foarte izbitoare apoi erà limitaţia leziunilor împrejurul unui vas sanguin, mult mai acuzată decât în eflorescenţele eritemului polimorf comun.

Septicemia gonococică poate atinge tegumentul în mai multe chipuri: 1) Eriteme simple, scarlatiniforme polimorfe, etc.; 2) Erupţiuni pustuloase cu gonococi (observate de către Paulsen la copii); 3) Abcese sub-cutane desvoltate de obicei pe degete (Sahli, Laug şi Paltauf, etc.); 4) Panariţii gonococice. Ei bine, în cazul de mai sus se găseau mai toate aceste manifestaţii: accidentele eritematoase erau multe şi felurite; drept pustule se pot considerà o sumă de cavităţi, săpate în epiteliu, pline de leucociţi; o infiltraţie leucocitară în vecinătatea unei artrite f. lango-falanginiană amintea un panariţiu. Aceste fapte nu permit îndoială asupra existenţei unei adevărate angiodermite supurative cu gonococi, desvoltată în dreptul terminaţiilor vasculare, al căror endoteliu este foarte alterat. Rămâne întrebarea dacă, afară de leziunile cutanate datorite angiodermitei şi prin urmare cauzate chiar de gonococi, nu mai există şi altele produse prin acţiunea toxinelor asupra centrilor nervoşi sau asupra extremităţilor vasculare. Ambele mecanisme, probabil, se juxtapun.

In general septicemiile gonococice sunt dese şi autorul este foarte dispus să creadă că 'n foarte multe eriteme polimorfe, blenoragia joacă un rol esenţial şi adesea nerecunoscut Ocaziuni de a studià metastazele gonococice s'au aflat mai cu seamă în Germania. Bolnavul în chestie erà german, aşà că autorul se întreabă, dacă aceasta nu este o mărturie a unei receptivităţi particulare a rasei germane.

Este cu putinţă ca pustulele gonococice, descrise de Paulsen, să rezulte din inoculaţii externe In acest caz, asemenea fapte ar trebui scoase din grupul septicemiilor cutanate gonococice şi aşezate alături de ulcerele gonococice de inoculaţie descrise de Gravagua, Salomon, Thalmann.

In puroi de abces sub-cutan şi de pustule s'a constatat adesea gonococi; dar cazul de faţă este, după autor, una din primele menţiuni despre aflarea acestor microbi în tăeturi de piele infectată pe cale sanguină.

G. Z. P.

Bloch (Berlin). **Ein Fall von gonorrhoischer Myelitis.** (*Derma. Zeitschrift.*, 1905, No. 7). Un bărbat de 23 ani după patru săptămâni de blenoragie, prezintă următorul complex simptomatic: Turburări în funcţiunea băşicei, anume ischiurie şi incontinenţă, caracterizate şi prin indolenţa uimitoare faţă de o retenţiune care a durat 36 ore, turburări ale sferei genitale, precum şi o pareză uşor spasmodică a gambei stângi cu exageraţie însemnată a reflexelor şi turburări ale sensibilităţii limitate.

Fie-care din aceste simptome ar fi putut fi atribuit unei cauze periferice, dar coincidenţa lor şi oare-cari particularităţi au dus pe autor la concluzia că aveà aface cu un focar mic de mielită limitat la partea inferioară stângă a măduvei dorsale. Mersul boalei fu şi el o probă de uşurinţa ei. Întâi au dispărut turburările vezicale, apoi scăzù intensitatea paresteziilor gambei. Erecţiunile, cari încetaseră în timpul turburărilor urinare se iviră târziu după disparitia acestora. In fine, după mai bine de două luni, puterea nu revenise încă cu totul în gambă şi existau încă oareşi cari manifestaţii spasmodice cu exageraţia reflexelor. Amelioraţia însă erà evidentă. Această evoluţie favorabilă concordă cu părerea lui Eulenberg, că prognoza afecţiunilor nervoase gonoreice ar fi relativ bună.

Capitolul afecţiunilor medulare gonoreice datează numai de când v. Leyden raportând primul caz cu examen anatomic, aduse oareşi care lumină în aşà numita Paraplegia urinară (*Zeitschr. f. Klin. Mediz.* 1892). De atunci observaţiunile au devenit foarte numeroase şi printre ele sunt şi o sumă de cazuri cercetate anatomiceşte (v. Rad. de Gueldre, Sans, Boinet, etc) Dar până acum nici un autor n'a rezolvit chestiunea, dacă mielita gonococică este datorită unei infecţiuni pure cu gonococ, propagată la măduvă pe cale metastatică sau prin continuitate, sau dacă este produsul unei infecţiuni asociate cu microbi piogeni. N'au adus o soluţie decisivă, nici chiar experienţele lui Moltschanoff (*Neurol. Centralbl.* 1899, p. 1070), deşi acesta a reuşit să reproducă la cobaii şi iepuri de casă foarte interesante leziuni ale sistemului nervos central. El se serveà însă cu toxina gonococică iar nu cu culturi pure de gonococ.

Se va puteà apropià poate ocazional chestia de soluţie, cu ajutorul puncţiunii lombare la bolnavi; în cazul de faţă, din nefericire, circumstanţe exterioare s'au opús la facerea ei.

G. Z. P.

Demetrio Galatti. **Zur charakteristik der akuten nicht pustulosen Exantheme und ihrer Mischformen.** (despre caracterizarea exantemelor acute nepustuloase şi a formelor lor asociate). *Jahrb. f. Kinderh.* Iunie 1905). Autorul studiază diferitele probleme cari se prezintă medicului, când e vorba de a face diagnosticul unui exantem. Arată dificultăţile de a decide în unele cazuri dacă e vorba de asociaţii de febre eruptive sau de eritemie de cauză diversă evoluând în cursul unei boale eruptive....

Chestiunea va putea fi rezolvită numai când se va elucidà etiologia, până azi ignorată, a exantemelor; exantemele cele mai diverse ca etiologiă pot prezintà un aspect identic; diagnosticul naturei lor se face numai prin caracterile clinice ale boalei, în fine diagnosticul de infecție mixtă trebuește făcut numai când există simptomele caracteritice ale ambelor infecțiuni.

GRIGORE JACOBSON.

Richare Greef. **Ueber Metastasen im Auge bei Gonorrhoe.** (Metastasele oculare, în blenoragie). *Medizinische Klinik*, I, 1905, 27 August. No. 38)
Vascularizația bogată a ochilor, mai cu deosebire a choroidei și irisului, oferă condiții favorabile, pentru transportul germenilor patogeni.

G. raportează 10 observații de irită, 5 de conjunctivită, unul de retinită și unul de choroidită cu ftizia consecutivă a globului ocular, produse pe cale sanguină, în urma unei uretrite blenoragice.

Un caz interesant e raportat de G. cu metastaze gonococice, avându-și punctul de plecare, în globul ocular. O panoftalmie și o nefrită emoragică s'au produs în cazul acesta. In sedimentul din urina centrifugată, gonococii intracelulari existau în număr mare.

S. IRIMESCU

Karl Herxheimer. **Zur Kentniss der Spirochaete pallida.** (*Münchener medizinische Wochenschrift.* No. 39, 26 Sept. 1905).

H. colorează cu o soluție saturată la cald, de violet de gentiană, lăsată să se răcească 2 ore și filtrată. După fixare cu alcool se colorează în timp de 15 minute. Cu procedeul acesta spirocheții apar foarte numeroși. H. descrie corpusculi observați cu procedeul acesta de colorație, în afară și înăuntrul spirochetului. Cei din interiorul spirochetului reprezintă probabil după H, cei centrali nucleul kinetic sau blefaroplastul, pe când cei terminali centrosomii. Formele observate în afară de spirochet, ar corespunde probabil cu forme de repaos ale parazitului.

S. IRIMESCU.

Sobernheim u. **Tomasczewski.** **Ueber Spirochaete pallida.** (*Münchener medizinische Wochenschrift.* No. 39. 26 Sept. 1905).

In 50 cazuri de sifilis primar și secundar autorii au găsit spirochetul; în 8 de sifilis terțiar nu l-au putut găsi. In 28 cazuri de control spirochetul n'a putut fi găsit nici odată. Autorii preferă colorația cu Giemsa (5—6 ore) celorlalte procedee (Reitmann, Oppenheim și Sachs) de oarece colorația delicată în roșiu obținută cu Giemsa e caracteristică pentru spirochet pe când colorația puternică obținută cu fuchsina fenicată, cu violetul de gentiană fenicat poate să deà naștere la confuzii cu spirilii. Un fapt important semnalat de autori e că deseori spirochetul nu apare decât după cercetări repetate făcute la același bolnav așà încât un prim examen negativ nu înseamnă că spirocheții nu există.

Spirocheții găsiți în cazurile de carcinom al buzelor sau în cazurile de balanită sunt foarte asemănători cu cei din sifilis. Totuși și formele acestea se disting ușor de spirilii din sifilis, de oarece sunt mai groase si sunt mobile. Formele semnalate de Kiolemenoglu și Cube în cazurile de carcinom, trebue să fie aceste, nu spirochetul palid.

S. IRIMESCU.

FIZIOLOGIE NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ

H. Eichhorst. **Ueber die Beeinflussung chronischer Nephritiden durch akute Infectionskrankheiten.** (Influenţa exercitată asupra nefritelor cronice de maladiile infecţioase). *(Medizinische klinik,* I. 24 Sept. 1905, pag. 1053—1056).

Eichhorst citează 2 cazuri de nefrită cronică observate în clinica dela Zürich, vindecate în urma unei scarlatine contrariu prevederilor sale, de oare ce în urma scarlatinei o agravare a afecţiei anterioare renale i se păreà mai mult ca probabilă. In primul caz, nefrita cronică emoragică durà de $2^1/_2$ ani, în al doilea nefrita interstiţială durà de asemenea de $2^1/_2$ ani. In ambele cazuri în urma scarlatinei urina nu mai prezintà nici cilindrii, nici albumină şi cantitatea secretată erà cea normală,

Căutând în literatura medicală, el a găsit un caz de nefrită ameliorată în urma unui erisipel (Nyrop, *Ztralbltt f. inn. med.* 1904. No. 15) şi altul vindecat în urma tot a unui erisipel (Laugballe).

Vindecarea clinică nu e echivalentă însă cu o vindecare anatomică. Eichhorst citează un caz de nefrită cronică emoragică, observată în serviciul său, şi vindecată. Câtva timp în urmă acelaşi bolnav intră la spital cu o pneumonie dublă, în urma căreia sucombă. In tot timpul cât a avut pneumonia urina nu conţineà nici albumină, nici cilindrii. La autopsie, macroscopic rinichii păreau normali. Microscopiceşte însă, se constatau leziuni foarte întinse. Un rinichi foarte lezat poate deci să deà o urină în aparenţă normală, probabil prin faptul că leziunile snut parcelare.

S. IRIMESCU.

A. Fraenkel. **Ueber Digitaliswirkung am gesunden Menschen** (Acţiunea digitalei la omul sănătos) *(Münch. med. Woch.*, 1905 Aug. 8, p. 1537) In cazurile de afecţii cardiace, digitala poate să înlăture de multe ori stazele fără ca presiunea să fie urcată (Sahli). Pentru a studià acţiunea digitalei, asupra presiunii F. a experimentat pe omul sănătos.

Acţiunea tipică a digitalei constă într'aceea că pulsul devine mai lent. Sunt şi alte cardiotonice cari exercită aceeaşi acţiune asupra pulsului fără să aibă efectele nocive ale digitalei asupra aparatului digestiv. Strophantul (tinctura) sub formă de pastile, fiecare pastilă conţinând 5 picături, a fost utilizat în experienţe întreprinse de autor, în cantitate de 6 pastile pe zi. Incetineala pulsului e datorită acţiunii digitalei asupra pneumogastricului de unde rezultă o prelungire a diastolei. In experienţele lui F. cu strophantus pulsul a scăzut dela 16. 6–29. 4% de desuptul normalei. Presiunea însă luată cu aparatul lui Recklinghausen a rămas normală. Atunci când prin injecţia de 1 miligr. atropină să împedică încetineala pulsului, presiunea e ridicată prin acţiunea strophantului.

Incetineala pulsului e prin urmare cauza pentru care presiunea sanguină nu e urcată.

S. IRIMESCU.

B. Credé (Dresda). **Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers.** (In chestia profilaxiei febrei puerperale). *(Zentr. f. Gynäkologie.* 11 Februarie 1905. No. 6).

Credé, care are meritul de a fi creat profilaxia oftalmiei purulente a noilor născuţi, aşà cum se practică astăzi, pledează în articolul de faţă pentru introducerea colargolului printre mijloacele de prevenire a infecţiei puerperale.

Il întrebuinţează de un şir de ani, bine-înţeles pe lângă toate celelalte mijloace recomandate, în modul următor: *imediat* după facere introduce în vagin sus, eventual până în colul întredeschis, ori în cavitatea uterină un globul vaginal de colargol şi pe urmă tamponează uşor intrarea vaginului cu gaz steril. Colargolul se dizolvă încet, pătrunde în crăpături şi anfractuozităţi, fără a vătămà celula vie, sterilizează secreţiele (fără ca să fie direct un antiseptic) şi e rezorbit în parte. Evident că o infecţie preexistentă facerei ori o infecţie foarte virulentă nu va puteà fi împedicată, însă se obţine chiar atunci o atenuare a infecţiei, ceeace este un câştig însemnat. In caz de fenomene de infecţie generală ori locală iată ce face: spălături cu apă cu colargol 1 la 2.000 până la 5.000 şi pe urmă iar introduce un globul până la spălătura viitoare. Dacă-i interesat mai mult uterul, introduce odată ori de două ori pe zi un creion de colargol de care se serveşte şi în infecţiele uretrei şi ale băşicei.

In caz de fenomene septice generale, începem imediat cu fricţiuni cu colargol, clisme cu colargol, ori în cazuri mai serioase injecţii intravenoase făcute la început în cantitate de 8—10 centim. cubi din soluţia de 2%. Chiar în laparotomie Credé badijonează tot peritoneul liber cu colargol 1%.

Formula globulelor este:

Colargol $^1/_2$—1, Talc pulverizat $^1/_2$—1, oleu de cacao 19 event. 18, pentru zece globule.

Formula pentru creioane:

Zahăr alb 4 grame, gumă arabică 3 grame, zahăr de lapte 2 grame, adeps. lan. un gram, glyc. apă distilată q. s. Colargol q. s. ad 2%.

Să se facă 8 creioane, groase de 4 mm., lungi de 8 c. m. Se conservă foarte bine.— Notăm din acelaş articol că în Germania, mor anual 6.000—7.000 de femei de infecţie puerperală.

TRANCU-RAINER.

Otto V. Herff. Zur Frage der Wahrnehmung von Herztönen vor der mitte der Schwangerschaft. (Despre percepţia zgomotelor cordului înainte de mijlocul gravidităţii). (*Zentralblatt f. Gynäkologie.* 4 Februarie 1905. No. 5).

Sarwey a susţinut că destul de dese ori se pot percepe bătăile cordului chiar înainte de luna a patra.

Herff însă într'un şir mai lung de ani n'a putut niciodată face o asemenea constatare într'un mod cert, pe când însă a putut percepe mişcările fetale.

TRANCU RAINER

IGIENĂ ŞI TERAPEUTICĂ

H. Brüning. Untersuchungen der Leipziger Marktmilch etc. (Cercetări asupra laptelui din piaţă în Lepzig *Jahrb f. Kinderheilk* Iunie 1905). Intr'o broşură lucrată în laboratoriul de igienă al oraşului Danzig, Petruschky şi Kriebel atribuă mortalitatea excesivă a sugacilor pe timpul verei, imulţirii sub influenţa căldurilor a bacteriilor şi mai cu seamă a streptococilor totdeauna foarte abundenţi în fiecare lapte. La congresul din Breslau (1904) părerea autorilor sus citaţi a fost foarte combătută: cel puţin s'a admis de majoritatea discutanţilor că, deşi poate fi exactă pentru Danzig, totuşi nu trebue generalizată.

Brüning studiànd diferite eşantilione de lapte din piaţă la Leipzig, a găsit multe din ele defectuoase în punctul de vedere chimic, dar faptul interesant relevat de dânsul este prezenţa streptococilor în 93% din probele examinate. Numărul microbilor varià între 100 şi 1 milion la centim cubic.

Aceşti microbi aparţin la diferite varietăţi. Unii sunt chiar patogeni pentru şoareci în injecţie subcutanată. Toţi însă s'au arătat inofensivi prin ingestie; dar posibilitatea unor infecţiuni grave la om, prin lapte *fiert* conţinând streptococi inofensivi pentru animale, e bine dovedită prin cercetările lui Lameris şi Harrevelt. GRIGORE IACOBSOHN.

M. L. R. Montel. Notes sur le choléra en basse Indo-Chine. Epidémies de Chaudoc 1902; Kampost. 1903. Marche, prophylaxie. *Ann. Hyg. et Méd. colon.* t. VIII. 1905. (După Bull. de l'Inst Past. No. 17 din 15 Septembre 1905). Autorul arată rolul evident a apelor în epidemiile de choleră. Aproape toate decesele se produc pe malurile sau în vecinătatea fluviilor, mai ales când apele sunt scăzute, epidemia dispărând aproape cu totul în timpurile ploioase.

Autorul atribue de asemenea, muştelor un rol important în transmiterea cholerei.

Prin urmare ca profilaxie cholerică: canalizaţie de apă pură, curăţirea caselor şi a dependinţelor, şi în fine, îndepărtarea a tot ce ar puteà facilita desvoltarea muştelor. D-R C. GORESCU

V. Willem et A. Miele. Essais de traite aseptique. *Revue générale du lait.* 30 Juin 1905. (După Bull. de l'Institut Pasteur. No 17 din 15 Septembre 1905). Autorii au isbutit, servindu-se de un personal a cărui educaţie o făcuse în câteva şedinţe, să obţie un lapte care nu conţine decât 2—5 microbi pe cm. c. Mulgerea vacilor a fost făcută într'o sală specială, menţinută aseptică şi spălând ţâţele înainte de fiecare mulgere, cu săpun şi apă caldă sau cu o soluţiune antiseptică. Laptele astfel obţinut, s'a conservat 2—3 luni la temperatura de 15°. D-R C. G.

Einhorn. Traitement du Cancer de l'oesophage par le radium. *(Journ, Amer. med. Assoc.* Juillet 1905). Dela 1904 Einhorn tratează cu radiu cancerele esofagului. El ia un tub de cauciuc prevăzut cu un mandrin ce se termină cu o capsulă a cărei parte superioară e de metal şi cea inferioară de cauciuc întărit. Se pune radiu în cele două jumătăţi a capsulei cari se înşurupează apoi una în alta. Durata de aplicaţiune e de $^1/_2$ oră până la o oră.

Einhorn a tratat în total 16 cazuri din cari 13 a avut ameliorațiuni notabile: durerile au diminuat, înghiţitul a devenit mai uşor şi a avut loc o dilatare a conductului ce permiteà trecerea sondelor dela No. 20 până la 50 chiar. Tratând asemenea cazuri şi prin razele X autorul n'a obţinut nici un rezultat. BARONCEA.

Guinon. Les indications de la cure marine et forestière. *(Rev. mens. des mal. de l'Enf.* Iulie 1905). Relativ la cura de mare şi de pădure bolnavii se pot clasà în 3 cazuri:

a) *Predispuşii la tuberculoză* (ereditari, infantili, „veneţiani“, bolnavii cu strictură mitrală, bolnavii cu tuberculoze locale osoase sau articulare, cutanate, ganglionare, peritoneale etc. Toţi aceştia vor profità de o cură la malul mărei.

b) *Pretuberculoşii,* adică bolnavii cu tuberculoză iminentă sau începătoare cu adenopatie bronşită ca foştii pleuretici, bolnavii suferind de bronşită cronică prelungită de o bronchopneumonie care tărăgăneşte, de splenopneumonie, vor profità asemenea de o cură marină şi de pădure.

c) *Tuberculozele pulmonare latente,* adică cu semne fizice de un diagnostic mai dificil (modificări neînsemnate ale respiraţiunei la vârfuri) sau la cari infecţiunea bacilară se traduce numai prin slăbire, sau anemie, sau febră intermitentă, sau palpitaţii, sau tachicardie şi chiar prin hemoptizii, tuberculozele latente se pot trimite la o cură de mare.

Dar pe când predispuşii la tuberculoză pot merge indiferent în toate regiunile lucrurile stau altfel cu pretuberculoşi. La aceşti bolnavi se va interzice pe timpul iernei staţiunile maritime dela Nord, Nord-West şi chiar majoritatea plagelor dela West, vara li se va permite unele plage adăpostite din Bretania (Dinard, Tregastel etc.) şi mai cu seamă Arcoehon unde se vor trimite în special pretuberculoşii eretici.

d) *Tuberculoşi.* Pentru tuberculoşi rolul medicului e mai dificil. Unii se vindecă pretutindeni, alţii nicăeri, alţii numai la sanatoriu.....

La *staţiunile din mediterana* se vor trimete tuberculoşii limfatici, palizi, necongestivi, bătrâni.....

Ftizia scrofuloasă va beneficià de coastele bretone sau atlantice şi de mediterana. Excitaţii nu se vor trimete la mare ci la Pau, Amélie de Bains

Deprimaţii, dispeptici vor fi îndrumaţi spre munte.

La Arcoehon se trimit în special tuberculoşii artritici, eretici, congestivi, nevropaţi, cu insomnie şi chiar bolnavii de ftizie laringee sau cu enterită cari de obiceiu suferă în alte staţiuni maritime. Din contră Arcoehon nu convine ftizielor torpide cu evoluţie lentă, evoluànd la indivizi fără reacţiune.

GRIGORE JACOBSON.

M. Hepp Traitement de la diarrhée infantile et de la gastro-entérite chronique des nourissons par le suc gastrique de porc. *(Gaz des hôp.* 20 Juillet 1905). In gastro-enteritele infantile acute, în diareele verzi, în faza lor dela început, administrând suc gastric de porc (dispeptina) autorul n'a obţinut nici un rezultat, din cauza vărsăturilor incoercibile ale copilului.

Faza acută trecută însă, copilul rămâne slab, flasc cu scaune neregulate, rău digerate, câte odată are vărsături, pierde din greutate şi încetul cu încetul se îndrumează în faza de cahexie digestivă cronică.

In aceste împrejurări autorul întrebuinţează sucul gastric de porc în doză de 5—7 linguriţe pe zi, administrate fiecare în puţină apă de Evian sau apă fiartă, răcită, zaharată, cu o jumătate ceas înainte de fiecare mâncare. Odată cu aceasta trebue respectat și regimul apropiat unor asemenea stări.

Rezultatele obținute de autor ar fi excelente; sucul gastric ar conține după experiențele lui Fromn dela inst. Pasteur o substanță încă nedeterminată care ar stimulà puternic secrețiunea gastrică.

Autorul crede să se întrebuințeze remediul 8—10 zile după care să se facă pauză spre a se reluà iarăși în caz de trebuință. BARONCEA

Marfan. **Quelques documents sur les accidents de la sérumthérapie.** (*Rev. mens. des mal. de l'Enf* August 1905). In această notă autorul aduce câteva documente noi pentru complectarea memoriului care l'a publicat cu le Play (rezumat în No. 2 al rev. Șt. Medicale). Expune în special lucrările lui von Pirquiet și B. Schiek și criticile adresate de Widal și Rostaine teoriei obstrucțiunii vaselor capilare, prin precipitine, și discută pe urmă chestia dacă pentru a introduce serul antidifteric în organism, calea venoasă e de preferat căiei subcutanate, optând pentru procedeu obișnuit subcutanat. GRIGORE JACOBSON.

Obregia, Parhon et **Florian.** **Note sur un caz de mixœdème infantile, avec quelques considérations sur la pathogénie du mixœdème.** (*Journal de Neurologie* No. 16, 1905). Autorii au studiat un caz de mixœdem infantil și au putut urmări efectele strălucite ale tratamentului tyroidian. E vorba de o copilă de 12 ani, care prezintà toate simptomele, mixœdemului: pântecele mare, unghiile mici, rugoase, rău împlantate; membrele inferioare puțin curbate înăuntru, faciesul lunar, precum și o manifestă infiltrație a tegumentelor. Tegumentele totdeauna uscate. Talia nu măsurà de cât 1m,07, cifră care corespunde taliei unui copil de 6—7 ani. Ca psichic, ea erà deprimată și apatică. Fù pusă pe tratament cu tablete tyroidiene și în urmă cu emulsie glicerinată de corp tyroid. A urmat acest tratament un an, în care timp talia a atins cifra de 1m,185, deci a crescut de 2 ori mai mult cât crește un copil normal de vârsta ei și chiar unul de 6—7 ani. Asemenea și celelalte simptome s'au ameliorat într'un mod foarte evident. Infiltrația a dispărut; tegumentele sunt umede, are poftă de mâncare. Ca psichic, este mai atentă vorbește cu animație. Tratamentul continuă.

A doua parte a lucrării se referă la patogenia mixœdemului Autorii caută să pătrundă mecanismul, prin care absența corpului tyroid, influințează fenomenele nutrițiunei, insistând, mai cu seamă, asupra unui fapt puțin cunoscut și anume rolul corpului tyroid în asimilațiunea sărurilor de calciu. Această din urmă este împedicată prin absența corpului tyroid, de unde turburările de creștere și de osteogeneză, în general, cari constituesc unul din simptomele capitale ale mixœdemului. Acelaș fenomen explică, în parte cel puțin, turburările de desvoltare ale sistemului pilos. Absența acțiunei accelaratoare pe care corpul tyroid o exercită, în stare normală, asupra oxcidațiunilor este în stare să explice infiltrația cutanată și tendința la obesitate, pe care o prezintă mixœdematoșii. Intrucât privește chestiunea, dacă acțiunea corpului tyroid asupra schimburilor nutritive se exercită în mod direct, sau prin intervenția sistemului nervos, nu se poate da încă un răspuns definitiv în starea actuală a științei. A. A. ANTONIU.

Van Oordt. **Therapeutische Erfahrungen bei der Basedowschenkrankheit.** (Incercări terapeutice în maladia lui Basedow). *(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.* No. 194, 1 August, 1905). A urmărit 18 cazuri tratate în feluri diferite. Strumectomia a făcut să scază frecuența pulsului în 4 cazuri. In două din ele dilatațiunea cardiacă a retrocedat, greutatea corpului s'a mărit și starea psihică s'a ameliorat. Tiroidina a fost fără rezultate. În cinci cazuri tratate cu serul anti-tiroidian Moebius-Merck a observat în 2 cazuri ameliorări subiective și scăderea pulsului. Gușa a fost influențată într'un singur caz. Rezultatele date de rodagen sunt mai satisfăcătoare. Tabletele lui Madsen, făcute din sângele animalelor tiroidectomizate n'au dat nici un efect. Laptele caprelor cu aceiași operație, după procedeul lui Lanz și Göbel, a produs o îmbunătățire a stării generale în timpul întrebuințării lui.

Toți cei 18 bolnavi continuă a prezentà sindromul Basedowian.

Comparând rezultatele obținute de d-sa în 66 cazuri de gușă exoftalmică, observate în ultimii 10 ani, găsește că tratamentul electroterapic, dietetic, climateric și sedativ dau rezultate cel puțin tot așà de bune ca preparatele precedente și autorul recomandă a se asocià unul din aceste de preferință rodagenul cu mijloacele fizio-dietetice-igienice Strumectomia o recomandă numai când tratamentul neurologic rămâne fără efect sau în cazurile cu mers repede și progresiv.

C. PARHON.

W. Stoeltzner. **Zur Behandlung der Nephritis.** (Tratamentul nefritei). (*Medizinische Klinic I,* 17 Sept. 1905, No. 41). Autorul raportează un caz de nefrită parenchimatoasă la un copil de $2^{1}/_{2}$ ani, la care regimul alimentar fără sare, a dat rezultate excelente. Oedemul, ascita, albumina au dispărut.

S. atrage atenția asupra faptului semnalat de Koranyi că nefriticii oedematoși reacționează cu augmentarea de oedeme nu numai la regimul alimentar cu sare dar și la cel azotos. Pentru a reduce la minimum funcțiunea renală, regimul vegetarian e cel mai indicat.

S. IRIMESCU.

Thomas. **Réflexions sur l'auto-intoxication digestive et son traitement.** (*Rev. mens. des Mal. de l'Enf.*, Iulie și August, 1905). *In prima parte* a acestei lucrări autorul trece în revistă diferitele cauze, cari intervin pentru producerea autointoxicațiunei, arată complexitatea problemei, acțiunea ficatului, a simptomului nervos, a fermenților digestivi, a motricității gastrică și intestinale, a terenului; lipsa de simptome clinice precise și de caractere chimice, crede că prezența în urină a corpurilor aromatice în cantitate exagerată e un semn diagnostic insuficient pentru a afirmà existența intoxicațiunii).

A doua parte a memoriului e consacrată tratamentului; e vorba mai cu seamă de o critică a metodei lui Combe (întrebuințarea făinoaselor în contra intoxicațiunii intestinale). Intâia e d'almintrelea slabă și sprijinită mai mult pe argumente teoretice. Autorul arată că regimul lui Combe e calorificește insuficient, ceeace nu are mare importanțe de oarece e un regim transitoriu, Conchide că regimul lacto-făinos nu convine la toate cazurile, lucru despre care, cred că toată lumea e de acord.

Acest memoriu e mai mult o *causerie* decât o lucrare sistematică; din cauza lipsei de plan, de ordine şi de concluzii precise, se citeşte greu şi lasă o impresie confuză.

GRIGORE JACOBSON

MICROBIOLOGIE ŞI ANATOMIE PATOLOGICĂ

D-rii Barlacco e Goggia. La tuberculosi dei vertebrati a sangue freddo e suoi rapporti coll immunizzazione antitubercolare dei vertebrati a sangue caldo. (Tuberculoza vertebratelor cu sânge rece în raport cu imunizaţiunea antituberculară a vertebratelor cu cu sânge cald). (*Annali dell' Instituto Maragliano*, Vol. I, No. 4 D-vrie 1904).

După ce au expus lucrările Franceze şi Germane în această privinţă şi după expunerea experienţelor proprii autorii dau următoarele concluzii:

1) Este posibil a infectà cu bacili de tuberculoză dela mamifere şi a cauzà moartea animalelor cu sânge rece cu toate simptomele tuberculozei. Cele mai bune rezultate se obţin cu bacilii recoltaţi direct dela om.

2) E adevărat că se tratează de un proces de tuberculoză activă adică cu multiplicaţie bacterică, cum se poate deduce din progersiva augumentare a virulenţei bacililor contra broaştei.

3) Augumentarea virulenţei în trecerea succesivă la broască şi contimporanea diminuare a acestei la animalul omeoterm demonstrează că bacilul tuberculozei umane trecând prin organismul animalelor cu sânge rece câştigă caractere biologice în conformitate cu terenul organic.

4) Cu toate că puterea aglutinantă a serului mamiferelor tratate preventiv cu mici cantităţi de bacili dela broască suferă oarecare augumentare date fiind calităţile încă infectante a acestor bacili, acest metod de imunizaţie nu este punctul lipsit de pericol, şi este întrebarea dacă noi inoculând cantităţi de material tuberculos ceva mai mari nu am obţinut în loc de rezultatul dorit, pe acel opus.

F. B.

Dr. F. Figari. Sul passaggio delle agglutinine tubercolari nelle uova dei polli. (Asupra trecerei aglutininelor tuberculare în ouăle de găină). (*Annali dell' istituto Maragliano* Vol I. No. 4 Decemb. 1904). Faptul că în mod constant există animale refractare la determinate infecţiuni, a făcut să se admită a priori posibilitatea transmiterei ereditară a unei imunităţi fie aceasta naturală ori artificială. Experimentatorii însă nu sunt încă de perfect acord, în privinţa modului de transmisiune a acestei imunităţi, unii admiţând că această transmisiune se face prin placentă alţii prin celula germinativă, alţii mai mult prin alăptarea de către mame cum a demostrat Ehrlich în o lucrare clasică.

Prezenţa de substanţe defensive în ouă a fost de mulţi demostrată prin lucrările lui Sclavo Kitt, Klemperer, Dzierzgowsky etc. Autorul se ocupă cu studiul substanţelor defensive contra tuberculozei, ce trec în ouăle găinelor imunizate după ce a demonstrat trecerea aglutininelor și antitoxinelor tuberculare în lapte.

La o serie de găini administrează circa 2 luni câte 20 gr. cuagul de sânge proaspăt provenind dela cai imunizați contra tuberculozei. (Este demostrat prin experiențele a numeroși autori că substanțele imunizante se absorb și pe calea gastrică și că se găsesc în serul animalelor astfel tratate). Examinând în diverse perioade de timp puterea de aglutinarea a ouălor lor, găsește dejà după o lună urme apreciabile de aglutinine tuberculare în gălbinuș, în albuș însă, au întârziat să apară și când apărură erau în cantitate mai mică astfel că după 2 luni pe când gălbenușul aveà o putere aglutinantă de $^1/_{40}$, în albuș găsește numai de $^1/_{10}-^1/_{15}$. Aceste găini ucise prezentară în serul lor o putere aglutinantă de $^1/_{80}-^1/_{100}$.

La o altă serie de găini administrează la fiecare 2 zile o pilulă compusă din: bacili degrasați 1 centigr., proteină tuberculară Maragliano, 10 picături. După 2 luni puterea aglutinantă a albușului erà de $^1/_{20}$ pe când a gălbinușului de $^1/_{60}$.

Ouăle examinate după 3 luni de când găinele nu mai erau tratate, prezentau aceeași putere aglutinantă, exceptând o ușoară diminuare în câteva cazuri Valoarea serurilor aglutinante a găinelor ucise după mai mult timp erà de $^1/_{150}$.

Pentru comfirmarea rezultatelor autorul a făcut în acelaș timp analize asupra ouălor provenite dela găini netratate, iar mai înainte de a tratà găinele luate în experiență, le-a examinat ouăle în mai multe reprise fără a găsì urme apreciabile de aglutinine specifice.

Prezența aglutininelor tuberculare în ouăle găinelor imunizate demostră că, dacă transmisiunea imunității la fiu este datorită alăptărei (Ehrlich), nici oul nu e un factor neglijabil în fenomenul ereditătăței și trebue considerat ca un mijloc folositor în lupta și profilaxia constra infecțiunilor.

F. B.

Eug. Fraenkel. Ueber menschenpathogene Streptokokken. (Asupra streptococilor patogeni pentru om). (*Münchener med. Woch.* No. 39. 26 Sept. 1905). Fraenkel consideră cele 3 feluri de streptococ descriși de Schottmüller: *viridans* sau *mitis*, *mucosus* și *erysipelatos* ca specii absolut diferite, cu proprietăți constante și caracteristice, așà încât o trecere dela una la alta nu poate fi obținută.

Deosebirea între streptococul mitis și pneumococ pe mediile de culturi obișnuite și chiar pe agarul cu sânge e greu de făcut, *F.* indică mediul lui Drigalski ca foarte propice pentru această diferențiare. Pe când pneumococul se desvoltă foarte puțin pe acest mediu, streptococul mitis se desvoltă abundent și colorează mediul în roșiu. Pe acelaș mediu mai cu seamă când i-se adaogă substanțe grase (grăsime de bou, 1 picătură pentru o placă Petri) streptococul *mucosus* se desvoltă abundent.

Streptococul *erysipelatos* prin hemolisa provocată pe agarul cu sânge se distinge ușor. Totuși și el se poate cultivà abundent pe mediul lui Drigalski. Colorația roșie pe care o produce într'acest mediu, ia naștere mai încet de cât cu striptococul mitis şi e mai mult albastru-roşie, pe când streptococul mitis dă un roşu deschis.

După cum se vede mediul lui Drigalski poate foarte bine să servească la deosebirea streptococilor între ei şi la diferenţiarea streptococului *mitis* s *viridans* de pneumococ.

S. IRIMESCU

Joseph Langer. **Zur Frage der Bildung spezifischer Antikörper im Organismus von Bandwurmwirten.** (Formarea de anticorpi specifici în organismul purtătorilor de tenii). *Münchener medizinische Wochenschrift* (No. 35. 25 August 1905) Isaaki şi van der Velden, arătaseră că serul unei femei care aveà botriocefali, precipità extractul acestui cestod, până în proporţie de 1 : 1000, pe când serul normal nu dă nici un precipitat.

L. a căutat dacă anticorpi există şi în serul celor cari au tenie, în tubul lor digestiv. In nici într'un caz din 12 examinate, serul bolnavilor n'a precipitat extractul acestor cestozi.

Pentru a se convinge şi mai bine, dacă substanţele albuminoide, conţinute în tenii trec în sângele celor parazitaţi, L. a încercat un ser specific, obţinut prin injecţia de extract de tenia la iepure, care precipità extractul de tenia în proporţie de 1: 15000. Serul acesta n'a dat cea mai mică urmă de precipitaţie cu serul purtătorilor de tenii.

Serul imunizant obţinut cu extract de tenii poate însă precipita nu numai soluţiile albuminoase ale parazitului omolog ci şi pe cele cari provin din paraziţi înrudiţi; în felul acesta ar fi posibil să se utilizeze seruri de natura aceasta în scop diagnostic (într'un caz serul astfel obţinut a precipitat conţinutul unei vesicule de echinococ, 1 : 80) Fleckseder şi Stejskal observaseră că proglotidele de tenia îşi pierd mobilitatea în serul imunizant. Faptul acesta, indicând o acţiune directă a serului asupra teniilor, ar permite utilizarea sa terapeutică. El n'a fost confirmat însă de autor.

S. IRIMESCU.

Ch. Lesieur u. Mahaut. **Der Eberthsche Bazillus im Urin von Typhuskranken.** (Bacilul lui Eberth în urina tificilor). *(Medizinische Klinik I.* No. 37. 20 August 1905). Autorii ajung la concluziile următoare:

Bacilul lui Eberth poate fi găsit în urina bolnavilor de febră tifoidă, în timpul perioadei febrile ca şi în timpul reconvalescenţei.

Cu ajutorul unei technice speciale (centrifugarea de cantităţi mai mari de urină,—400 c.c.—culturi la 44° pe mediul lui Cambier), ei l'au găsit în 38.5% din 21 cazuri examinate. Nici un raport nu există între prezenţa sau absenţa bacilului şi existenţa albuminei în urină. Bacteriuria se explică prin prezenţa bacilului în sânge şi prin facilitatea cu care bacilul vegetează în băşică. Bacilul lui Eberth poate să apară dejà dela a 9-a zi a boalei, în urină. El persistă cel puţin 15 zile după apirexie; reconvalescenţii pot deci să prezinte pericole de contagionare prin urina lor.

Urotropina n'are nici un efect asupra bacililor lui Eberth; numai prin spălături vezicale cu permanganat de potasiu 1/2000 sau sublimat 1/7000 se poate obţine dispariţia lor.

Necesitatea desinfecţiei urinei tificilor şi a apei cu care li-s'a făcut baia face absolut necesară izolarea lor. Facilitatea cu care urina poate să infecteze apa de băut și dificultatea de a supraveghià apa cu care se alinentează o populație întreagă, necesitează filtrarea apei înainte de întrebuințarea sa.

S. IRIMESCU

E. Levy. **Abschwächung und Undschädlichmachung der Tuberkelbazillen durch Glyzerin und durch Zückerarten. Immunisirungsversuche vermittels der so abgeschwächten Bazillen.** (Atenuarea bacililor tuberculosei prin glicerină și zahar. Incercări de imunizare prin bacilii astfel atenuați)? (*Medizinische Klinik I.* No. 43, 1 Oct. 1905). Levy a reușit să obțină o imunizare activă contra tuberculozei, injectând culturi atenuate de bacili. Pentru atenuarea bacililor el a întrebuințat la început glicerina 80%. După ce bacilii fuseseră în contact 48 ore la 37°, cu glicerina, ei erau așà de atenuați încât nu mai omorau cobaiul în cantitate de 2 miligrame, pe când înainte de atenuare doza mortală erà de $^{1}/_{1000}$ dintr'un miligram. Bacilii astfel atenuați cresc pe gelatina glicerinată (2%) sub forma de lungi filamente ramificate, asemănătoare cu actinomycesul. Filamentele acestea nu sunt însă nici acido nici alcoloresistente și bacilii din culturi sunt puțin patogeni pentru animale.

Atenuarea prin glicerină oferă însă oarecare desavantage pentru conservarea bacililor. Acțiunea glicerinei exercitându-se și la temperatura camerei, atenuarea nu poate fi gradată și devine prea intensă. In timpul din urmă Levy și F. Blumenthal au recomandat pentru atenuarea culturilor de tuberculoză soluțiile de glucoză 50% sau de galactoză 25%. După 4 zile de acțiune a acestor soluțiuni culturi cari omorau cobaiul în cantitate de $^{1}/_{1000}$ dintr'un miligram, devin inofensive chiar când se injectează 3 miligrame. Un avantaj al atenuării cu galactoză e că bacilii astfel modificați, pot fi desicați și conservați sub formă de pulbere. Cu pulbere de bacili, obținută în felul acesta L. și B. au putut imunizà cobai contra tuberculozei.

In ceia ce privește acțiunea curativă, începând cu $^{1}/_{500}$ dintr'un miligram și urcând până la 3 miligrame, autorii au obținut o durată mai lungă a boalei nici o vindecare însă la cobai. Pentru om care e mai puțin sensibil la tuberculoză, autorii cred că rezultatele vor fi mai bune. Ei recomandă să se înceapă cu $^{1}/_{1000}$ dintr'un miligram și să se urce treptat până la un miligram și mai mult.

S. IRIMESCU.

Leo v. Liebermann. **Sind Toxine Fermente?** (Sunt toxinele fermenți? (*Deutsche Med. Woch.*, No. 33 17 Aug. 1905).

Ceea ce caracterizează un ferment e că influențează reacțiile chimice, fără să ia parte la ele, așà încât la sfârșitul reacțiunii, el rămâne neschimbat.

L. a experimentat, ca să vadă, dacă toxinele sunt sau nu fermenți, cu ricina și cu abrina, socotite de Ehrlich, ca toxine tipice.

Un amestec de ricină și de o emulsie de globule roșii în ser fiziologic, centrifugat, nu mai lasă să se constate în lichidul de centrifugare nici o acțiune aglutinativă. Aglutinina, conținută în ricină a fost prin urmare complect fixată de globulele roșii, ceea ce nu corespunde cu o acțiune fermentativă, ci cu una chimică. Pe de altă parte, o cantitate anumită de globule roșii nu poate să reţină decât o cantitate anumită de ricină, raport identic ca în combinaţiile chimice.

S'ar puteà însă, că aglutinarea să se producă sub influenţa diferitor substanţe cu acţiune de ferment, conţinute în globulele roşii sau în ser. Adăopând o mică cantitate de acid cianhydric—otravă puternică a fermenţilor—la amestecul de globule roşii şi ricină, aglutinarea nu e împedicată. Incălzirea la 65°—70° a ricinei şi a emulsii de globule roşii nu impedică aglutinarea. Termostabilitatea şi acţiunea nulă a acidului cyanhydric arată deci, că nici în ricină, nici în globulele roşii nu există un ferment.

Acţiunea toxică generală a ricinei, persistă însă în lichidul centrifugat. S'ar puteà prin urmare spune, că toxina ricinei ar fi totuşi de natură fermentativă.

Autorul a experimentat atunci cu abrina.

Experienţele făcute într'acelaşi fel ca şi cu ricina, arată că în lichidul centrifugat şi acţiunea aglutinativă şi cea toxică e dispărută. Toxinele prin urmare nu sunt fermenţi.

Cum să explică însă, că ele lucrează în cantităţi aşa de mici, ca şi fermenţii 2 părţi de toxină la 100 milioane părţi din corpul animalului în experienţă?

L. invoacă faptele cunoscute că toxinele nu-şi exercită acţiunea decât asupra unor celule determinate din organism.

Rapoartele socotite faţă numai de aceste celule nu mai sunt aşà de disproporţionate ca faţă de organismul întreg. Se poate admite apoi, că toxinele împedică acţiunea fermenţilor produşi în organism, cum sunt cei din secreţiile interne. Fermenţii aceştia sunt însă în cantitate foarte mică, aşà încât rapoartele ar rămâne în casul acesta absolut normale.

S. IRIMESCU.

Moro. **Morphologische u. biologische Untersuchungen ueber die Darmbacterien des Sänglings.** (Cercetări morfologice şi biologice asupra bacteriilor intestinale la sugaciu *Jahrb f. Kinderh.* Iunie 1905). Prima parte a acestei lucrări a fost analizată în Rev. şt. medicale No. 3.

In partea II, autorul se ocupă cu modul de distribuire a bacteriilor normale în intestinul sugaciului.

In culturile făcute din scaune, se desvoltă numeroase specii ca d. ex. bacili butirici cari nici odată nu se văd la examenul bacterioscopic. E natural ca să bănuim că aceste specii vin cu probabilitate din părţile de mai sus ale intestinului. Care e dar flora respectivă a diferitelor segmente ale intestinului?

După ce reaminteşte càteva date istorice, Moro expune rezultatul cercetărilor sale.:

a) *Relativ la abundenţa microbilor*: pe când în stomac şi în duodenum se pot găsì mai multe specii, restul intestinului subţire e *aproape* steril, numai în partea terminală, în vecinătatea valvulei ileocecale microbii reapar, în cœc devin deodată foarte abundentă şi numărul lor creşte încă în colon.

b) *Relativ la speciile microbilor*:

1) *În intestinul subţire* se observă aproape numai specii decolorate prin Gram: *coli* şi *lactis aerogene* şi câţiva rari *bifidi* izolaţi sau în grupuri.

2) *În cœcum* de odată începe vegetaţia bifidului care întrece pe cea a coliformilor.

3) *În colon şi rect* bifidul domină câmpul microscopic, aproape în cultură pură. Dar pe când această floră e uniformă în părţile terminale ale intestinului gros, în părţile iniţiale adică în cœc şi în regiunile vecine se mai observă, în număr apreciabil şi alte specii, în particular *butirici* şi bacterii cu cap (Köpfchenbacterien).

Sterilitatea relativă a intestinului subţire se explică prin diluţiunea bacteriilor prin secreţiunile intestinale sterile, prin faptul că alimentele staţionează un timp foarte scurt în aceste porţiuni intestinale (Escherich) şi prin acţiunea bactericidă a sucului intestinal (Kohlbrugge).

c) *Ce devin bacteriile intestinului sugaciului?*

Din cercetările lui Eberle, Klein, Schmidt, şi Strassburger, Hammerl, Stern, Hellström rezultă că majoritatea microbilor din scaune sunt *morţi* (divergenţa între numărul coloniilor în culturi şi numeraţiunile pe lame) ceea ce autorii sus-citaţi explică prin sărăcirea mediului intestinal precum şi prin acţiunea nocivă a produselor de secreţiune microbienă şi a fermentaţiilor.

Dar aceste cercetări nu au nici o valoare deoarece autorii au lucrat cu metode insuficiente, neţinând seamă nici de anaerobi nici de acidofili cari reprezintă partea principală a florei scaunelor. E foarte probabil însă că multe bacterii din scaune sunt moarte: aceasta într'adevăr rezultă din prezenţa în câmpul microscopic a unor elemente degenerate şi cari nu se mai colorează. Dar numărul bacteriilor moarte din scaune nu e aşà de mare cum s'a crezut. In realitate distrugerea microbilor în intestin se face într'un mod intens: proba e că speciile din părţile superioare ale intestinului sunt excepţionale în scaune. Dar bacteriile moarte distruse sunt foarte probabil digerate de sucurile intestinale sau eliminate sub formă de mase amorfe.

Intr'o a III-a parte a memoriului său, Moro studiază cum se face infecţiunea primitivă a intestinului sugaciului.

Bacteriile se pot introduce în intestin, fie prin gură, fie prin anus.

In ceea ce priveşte prima cale, bacteriile trebue să învingă puterea bactericidă a sucurilor gastric şi intestinal; dar această putere bactericidă deşi reală, a fost exagerată, cum rezultă din cercetările lui Escherich, Piaza şi Kurkunoff, Brudzinski şi m. a.

B. acidofil a fost găsit de autor în lapte şi pe suprafaţa mamelonului: dar cu toate cercetările multiple făcute de dânsul n'a putut găsì b. anaerobii şi în particular *B. bifid* în lapte; pe de altă parte la un nou născut alăptat de Blau cu lapte de femee sterilizat, b bifid a apărut ca de obiceiu în scaune. Nici în gura sugaciului nu s'a putut găsì b. bifid, astfel că infecţiunea intestinului cu bifid trebue să se facă prin anus, şi această infecţiune trebue să dateze chiar din perioda meconială.

Studiind flora meconială Moro o găseşte foarte complexă; specii coliforme, bacterii cu cap subtilis, proteus, streptococus, coli gracilis...

Pe unde au pătruns aceste bacterii? Escherich crede că pătrunderea *per os*, cu aerul, e neadmisibilă prin faptul că ele se găsesc în meconiul extras din rect după un timp aşà de scurt, încât nu se poate admite că au străbătut intestinul întreg. Printre aceste specii microbiane ale meconiului s'a putut dovedi şi câţi-va bifidi: concluzia este că tifidul se introduce prin *anus* la noui născuţi.

Deoarece se mai găsesc în meconiu şi alte forme ca b. butirici, b. putrifiens lui Bienstock, b. cu cap specii pe cari le-am găsit în intestinul sugaciului, trebue admis că flora meconială nu e cum s'a crezut până acum o floră *transitorie* menită de a dispare în curând, dar din contră că bacteriile meconiului sunt origina generaţiunilor consecutive.

Calea anală însă nu e singura întrebuinţată de bacterii: b. lactis aerogen nu se găseşte nici odată în meconiu, astfel că pare a pătrunde numai prin gură; colibacilul găsindu-se în regiunile superioare ale tubului digestiv, pare a se servì de amândouă căile.

Aceste consideraţiuni explică şi distribuirea florei în intestin: în părţile superioare, bacteriile cari au pătruns per os (lactis aerogenes, acidofili, coci...) forme *immobile.* In părţile de jos, bacteriile cari au pătruns prin anus (bifid, butirici, bacterii cu cap etc.....) *toate specii mobile* (speciile imobile nu ar puteà merge în contra curentului conţinutului intestinal). E de notat însă că speciile meconiale sunt forme rezistente, mai toate sporulate şi că ele se prezintă în meconiu sub forma lor sporulată: aceasta dovedeşte că meconiu e un mediu de cultură prost: astfel se face o selecţiune printre bacteriile cari pătrund prin anus şi numai acele pot pătrunde cari prin rezistenţa lor pot luptà contra acestor condiţiuni nefavorabile; astfel dopul meconial joacă un rol de protecţiune contra invadărei intestinului prin specii nocive până la stabilirea florei normale, care va jucà mai pe urmă acest rol de protecţiune. Speciile, cari pătrund, trebuesc considerate ca specii ubicuitare deoarece se stabilesc în toate casurile, în ori ce timp şi în ori ce loc. GRIGORE JACOBSON.

F. Burzio. Ricerche sull' anatomia patalogica della demenza precoce. *(Rivista sperimentale di freniatria.* Vol. XXXI. fasc. 1, 1905, pag. 195). Examenul anatomic, macroscopic numai, a 11 cazuri de demenţă precoce (9 bărbaţi şi 2 femei). Rezultatele sunt: *Craniul* subţire în 5 cazuri, în 2 foarte îngroşat. Printre neregularităţile craniului plagiocefalie. Intr'unul din cazuri o asimetrie extraordinară cu plagiocefalie parietală, oxicefalie, turtirea occipitalului, desvoltarea considerabilă a protuberanţei occipitale externă prezenţa fosetei occipitale medii.

Meningele normale în 5 cazuri, în 2 pachimeningită emoragică, în 2 leptomeningită cronică, într'unul emoragie subpială. *Creerul* normal în 2 cazuri, în 4 anemic, în 3 iperemic, în 2 edematos, (în 2 cazuri ependimită).

Inima şi aorta. In 3 cazuri ipoplazie cardiacă, în 2 aortică, în 4 degenerare grasă, într'unul atrofie brună, în altul infiltraţie grăsoasă a miocardului. Intr'un caz echimoze subpericardice, o dată aterom al aortei.

Ficatul. Degenerescentă grasă în 3 cazuri. Congestie în alte 3.

Rinichii. Degenerescenţă albuminoasă în 3 cazuri. Nefrită interstiţială cronică în altul, nefrită mixtă într'un al 5-lea caz. Congestie în 2.

Tubul digestiv. Intr'un caz enterită acută, într'altul tuberculoză intestinală consecutivă celei pulmonare. In 8 enterită cronică cu atrofia mucoasei intestinului subțire și echimoze submucoase. In 4 cazuri există și colită ipertrofică și ulceroasă.

Bolnavii au sucombat de: gastroenterită 5 cazuri; tuberculoza pulmonară, 3 cazuri. Miocardită acută 2 cazuri. Bronhopneumonie acută 1 caz.

Autorul insistă asupra frecuenței alterațiunilor meningee, cari ar puteà să explice unele accese febrile, fenomene coreice și convulsive, demența profundă, limfocitoza cefalorachidiană găsită de **Lhermitte**. **Morpurgo**, **Keay Hecker** ar fi găsit legiuni asemănătoare cu acele observate de **Burzo**. Leziunile tubului digestiv sunt de asemenea interesante, căci ne indică o sursă de autointoxicații importante când e vorba de patogenie și evoluțiunea alterațiunilor mentale. Ipoplazia sistemului cardiovascular ne indică tendința la oprire a desvoltării fizice.

Alterațiunile celorlalte viscere ne arată procese autotoxice, ce au putut însoți și complicà sindromul psihopatologic.

(Comunicare făcută la al XII-lea congres al Societății psihiatrice italiene).

C. PARHON.

Carl Gütig. Ueber die Beziehungen der Hypoleukocytoze zum knochenmark. (Raporturile hypoleucocytozei cu măduva oaselor). *Berl klin. Woch.*, 1905, August 21, No. 34). In ipoleucocitoza, din diferitele stări patologice, polinuclearii sunt singurii reduși ca număr.

E admis însă că măduva oaselor e locul de formație a granulelor din globulele albe. Examinarea sa în cazurile tipice de ipoleucocitoză, prezintă destul interes ca să fie făcută cu îngrijire.

G. raportează un caz de pseudoleucemie (boala lui Hodgin) și tuberculoză miliară, cu polinucleare reduse la a zeceà parte din numărul lor anormal. Preparații făcute din măduva oaselor au arătat un număr mare de celule în cari diferențiarea între nucleu și protoplasma nu există. Transiții se puteau observà dela aceste celule către limfocite tipice și către celule mari uninucleare negranulate. Ceeace frapà erà, prin urmare, proliferarea țăsutului limfadenoid în măduva oaselor. Turburărea formării de granule erà cauza ipoleucocitozei din sângele circulant. In schimb însă, celulele medulare omogene precursoare ale mielocitelor existau în număr mare.

S. IRIMESCU

Gustav Klein (München). **Bluntuntersuchungen bei Unterleibsleiden der Frauen, besonders bei Uterusmyomen.** (Examene de sânge la afecțiunile pelviane ale femeei, în deosebi la myoamele uterine. (*Zentr. f. Gynäkologie*, 5 August, 1905, No. 31).

A făcut examenul sângeluì (dozarea hemoglobinei, numărarea eritrocitelor și leucocitelor) la 150 de femei cu afecțiuni genitale, dintre cari cele mai multe myoame uterine și la care s'au făcut constatări mai interesante. Autorul găsește regulat o scădere a hemoglobinei, dese-ori o augmentare a numărului leucocitelor, ceeace constitue pentru dânsul o indicație pentru intervenție, cât timp nu-s împinse preà departe. Cazurile care prezintă cantitatea de hemoglobină și numărul leucocitelor normal ori aproape normal, însă pot așteptà, dar sub controlul medical continuu. Acest control trebue să privească nu numai funcţionarea cordului, etc., dar şi constituţia sângelui. Expectaţiunea într'un caz de myom uterin nu trebue să se decidă decât cunoscându-se şi starea sângelui.

Din 6 cazuri de piosalpinx n'a avut leucocitoză mai însemnată decât într'un singur caz (16.800) în care erà vorba de un proces inflamator recent cu bacterii virulente.

TRANCU-RAINER.

Mondio. Contributo anatomico e clinico allo studio della demenza precoce. (*Rivista sperimentale di freniatria.* Vol. XXXI, fasc. I, pag. 193). Examenul macroscopic şi microscopic în 6 cazuri de demenţă precoce.

Microscopiceşte. La 6 emisfere ramura anterioară a scisurii lui Sylvius nebifurcată. De acelaş număr de ori scisurea rolandică comunică cu scisurile limitrofe. Lobul frontal cu 5 circomvoluţii longitudinale într'un emisfer, într'un caz cu 4 în 4 emisfere. Circomvoluţiunile centrale întrerupte în decursul lor în 6 emisfere. Prima şi a 2-a cută de trecere din scisura parieto-occipitală în 4 emisfere e înfundată. Insula lui Reill vizibilă la exterior în 2 emisfere. Lobul occipital dispus *ad opercolo* în 3 emisfere. Lobii cerebeloşi descoperiţi şi proeminând înapoi în câteşi 6 cazurile. Greutatea encefalului şi indicele medial frontorolandic inferior în câteşi 6 cazurile mediei normale.

Cu Nissl şi Golgi aproape aceleaşi leziuni istologice în toate cazurile. Atrofie şi desagregare a celulelor, vacuole în protoplasma şi întinse spaţii pericelulare. Dislocaţiunea nucleului. Ruptura, stare moniliformă sau absenţa prelungirilor protoplasmatice.

De asemenea se găsesc zone întinse în cari celulele sunt rare, atrofice, reduse în fragmente. Nucleii prezintă alteraţiuni paralele cu acelea ale celulelor. Alteraţiunile predomină în circomvoluţiunile fronto-parietale, mai puţin în cele temporo-sfenoidale, mai puţin încă în cele occipitale. In cerebel leziuni uşoare şi negligeabile.

Vasele nu prezintă alteraţiuni, de asemenea metoda lui Marchi nu arată nici o modificare sau aproape nici una în fibrele medulare. Uşoară proliferare a nucleilor nevrogliei în lobul frontal.

Cliniceşte în aceste cazuri erà vorba de bolnavi între 14—23 ani. Ereditate nevropatică gravă în câteşi 6 cazurile. Starea mintală înainte de boală a fost mediocră în câteşi 6 cazuri.

In toate cazurile a prevalat forma hebefrenică complicată cu un grad variabil de catatonie.

Constataţiunile istologice făcute de Mondio sunt identice după acest autor cu acelea făcute de Bullen, Clauston, Midlemass, Robertson în coarţa idioţilor epileptici, de Coen, Souckanoff, Rossi, Holden, Portioli, Borti, Ventra şi Angiolella, Cristian, Berkely, Lugaro, Scaffer, Donaggio la indivizii sucombaţi în urma intoxicaţiunilor exogene şi endogene şi de Guerrini în oboseala experimentală. Constatările macroscopice sunt acelea cari după Valenti, Richter, Gratiolet, Giacomini, Debiere, Foville, Lombroso, Mingazzini, Mondio sunt considerate ca semne de oprire în desvoltare.

Autorul pe baza constatărilor făcute de el, admite că *Demenţa precoce ar fi* *o psihoză degenerativă legată de o constituție anomală ab ovo a individului.* La pubertate acești centrii rău desvoltați, încearcă acțiunea unor factori autotoxici inerenți vrâstei sau a altor factori deleteri și inteligența se alterează.

C. PARHON.

Schütz. Untersuchungen über die Schleimsekretion des Darms. (Cercetări asupra secrețiunii mucoase a intestinului). (*Münchener medizinische Wochenschrift.* 29 Aug. 1905, p. 1669; 5 Sept. 1905, pag. 1727).

Cercetări numeroase făcute asupra 1.180 probe de materii fecale au arătat autorului că secrețiunea de mucus intestinal are loc în circumstanțe patologice diferite și chiar in catarurile simple intestinale, mult mai neregulat și variabil decât se admite în general.

Faptul că secreția de mucus variază foarte mult, nu permite prin urmare să se spună că e numai nervoasă, de oarece aceste variațiuni pot fi constatate în cazurile de afecții intestinale bine caracterizate.

Deși o secreție pur nervoasă de mucus, nu poate fi exclusă, ea însă e foarte rară, de oarece în imensa majoritate a cazurilor studiate de autor, nu eră vorba de o secreție paroxismală ci numai de exagerări ale unei secreții cronice. Mult mai frecuentă pare să fie combinația de fenomene catarale și de ipersecreție nervoasă de mucus intestinal.

S. IRIMESCU.

M. G. Slave. Calculs biliaires et Cancer. (*The Lancet* No. 17. 1905) Slave citează 8 cazuri unde există în acelaș timp lithiază cu un cancer al veziculei biliare. In o altă statistică de 30 cazuri de lithiază biliară, zece cazuri aveau un cancer al ficatului și tot odată o inflamațiune cronică a pereților bășicei. Mai în toate aceste cazuri, calculii erau asprii, așà că iritațiunea datorită unui calcul aspru și o colecistită infecțioasă par după autor să fie o cauză predispozantă pentru aparițiunea cancerului. Pe baza acestor constatări, Slave recomandă ca de câte ori coledocul e permeabil și s'a constatat prezența simultanee de calcule biliare cu o imflamațiune cronică însoțită de îngroșarea pereților veziculei biliare să se facă colecistectomia, deoarece după autor vezicula biliară nu ar fi un organ indispensabil.

BARONCEA.

Tugendreisch. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Magendarmkrankheiten des säuglings. (Contribuție la studiul anatomopatologic al gastroenteritelor la sugaciu). (*Arch. f. Kinderheilk.* vol. 41, p. 209). Autorul, care a publicat mai înainte un alt memoriu (Arch. f. Kind. vol. 39) asupra anatomiei patologice a gastroenteritelor, se ocupă de astădată cu alterațiunile epiteliale: el crede că pretinsele alterațiuni epiteliale ale intestinului descrise de diferiți autori nu sunt patologice ci sunt, fie leziuni cadaverice sau agonice sau aspecte datorite technicei fiecărui autor. Celulele în acțiune în momentul digestiunii sunt mult mai alterabile prin technică decât celulele în repaos.

Chestiunea dacă alterațiunile epiteliului intestinal pot fi atribuite gastroenteritelor, nu se poate rezolvì cu metodele istologice cu cari e imposibil de a se evità defecte produse artificial: poate se va puteà obține rezultate mai bune prin studiul sistematic al celulelor epiteliale din scaune.

GRIGORE JACOBSON

Widal et Faure-Beaulieu. Endocardite végétante. Constatation du gonocoque dans le sang pendant la vie et sur la végétation valvulaire après la mort. *Bull. Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 30 juin 1905. (După Bulletin de l'Institut Pasteur No. 17, 15 Septembre. 1905). Autorii raportează cazul unui bolnav în vârstă de 17 ani, vechiu reumatizant şi având o insuficienţă mitrală din copilărie.

In a 34-a zi a unei blenoragii acute, complicată de artropatii, endocardită acută, moare.

Au constatat gonococi în sânge, în timpul vieţii, iar după moarte au găsit gonococi în vegetaţiunile dezvoltate pe marea valvulă a mitralei.

D-R. C. G.

NEUROLOGIE şi PSICHIATRIE

Bechterew. La phobie du regard. *(Archives de Neurologie.* Juillet 1905). Autorul revine cu noi cazuri asupra descripţiunii acestei fobii particulare care constă în aceia că bolnavii atinşi nu pot să sufere privirea altuia. Bărbaţii sunt incomodaţi mai ales de privirea femeilor, iar acestea pe aceia a bărbaţilor. Această fobie e uneori atât de intensă în cât nenorociţii recurg fie la izolarea complectă fie la portul ochelarilor negrii, etc. Uneori frica de privirea altuia există izolată alte ori concomitent cu altele ca frica de a se înroşi, turburări psihopatice ale micţiunei etc. Cele mai multe cazuri de fobia privirei se desvoltă la indivizi cu o ereditate încărcată, pe baza unui teren de degenerescenţă. Masturbaţia are un rol determinant în unele cazuri. Alte ori factorul determinant a fost altul. Bolnavii aceştia evită de regulă privirea altuia de teamă că aceştia ar puteà ceti greşala sau starea lor sufletească în privirea lor. O bolnavă aveà impresiunea că privirea ei e impură şi de aceia se izolà. Ca tratament, autorul s'a simţit satisfăcut fortificând starea generală a bolnavilor săi şi asociind la aceasta un tratament sedativ, băi, duşuri, la cari după experienţa făcută în cazurile sale, recomandă să se adauge totdeauna bromurul asociat cu codeina şi tonicele cardiace.

C. PARHON.

Ioseph Ingegnieros. La pseudoparalisie générale diabétique. *(Revue Neurologique,* 1905, No. 14). Observaţiunea unui diabetic, prezentând sindromul paraliziei generale cu simptomatologia următoare: ipocinezie generală, rezistenţa la oboseală foarte diminuată, disartrie, discinezigrafie. Decădere a stărei trofice generale, tremurături ale degetelor şi ale mâinilor precum şi ale limbei şi a muşchilor peribucali. Exagerarea reflexelor tendinoase. Reacţiunile pupilare foarte leneşe. Semnul lui Argyll Robertson rău definit. Pupilele egale. Impotenţă sexuală. Pofta de mâncare exagerată. Slăbiciunea intelectuală în total şi progresivă. Turburări de memorie. Transformaţiune apatică a caracterului. Atenţiune dificilă. Atonia sentimentelor. Mai mult decât trebue — zice autorul — pentru a confirmà diagnosticul de *Paralizie generală cu forma demenţială fără delir.*

Sifilisul lipseà în antecedente. Un tratament antidiabetic (regim azotat aproape complect, alcaline în doze mari, exerciţiu muscular), aduse cu sine ameliorarea şi apoi dispariţia simptomelor. Paralel cu aceasta, glicozuria a dispărut. Cu reapariţia acestui din urmă simptom, reapărù şi sindromul paralitic care dispărù din nou prin tratamentul antidiabetic, indicând astfel natura sindromului şi permiţând a se stabili diagnosticul de pseudo paralizie generală diabetică. Dacă în acest caz nu s'ar fi făcut tratamentul etiologic, alteraţiunile nervoase s'ar fi accentuat devenind ireparabile şi s'ar fi constituit cliniceşte o adevărată paralizie generală progresivă de natură diabetică. Se vede deci importanţa practică ce o are cunoaşterea posibilităţii apariţiunei sindromului paralitic în cursul diabetului zaharat.

E interesant, cred, de remarcat că în acest caz în care sifilisul lipseà din antecedente, semnul lui Argyll Robertson nu erà manifest şi că pupilele erau egale.

C. PARHON.

Leopold Lévi. Maladie de Thomsen et sarcoplasma. *(Revue Neurologique.* No. 15, 1905*).* Autorul susţine în această lucrare că maladia lui Thomsen e datorită unei modificări a funcţiunilor sarcoplasmei, protoplasma nediferenţiată a fibrei musculare, care precum a arătat Bottazzi e înzestrată de proprietăţi contractile. Sarcoplasma reacţionează la excitaţiuni de o durată mai mare. Contracţiunile obţinute sunt lente, alungite, tonice. Undele faradice izolate nu determină contracţiunile sarcoplasmei. Din contră cu un curent tetanizant se produce o contracţie tonică ce durează mai mult decât timpul în care trece curentul electric. La curenţii galvanici contracţiunile sunt mai pronunţate la polul pozitiv în momentul închiderei curentului. Curentul stabil dă loc la o contracţiune tonică, lentă, leneşă. Excitaţiunile repetate face să dispară efectele exaltaţiunei sarcoplasmice produsă spre exemplu prin acţiunea veratrinei. Repaosul readuce exaltaţiunea sarcoplasmei, muşchii contractaţi prin acţiunea curentului electric manifestă contracţiuni izolate cu oscilaţiuni lente ce pot persistă un oarecare timp după încetarea curentului. Intre momentul excitaţiunei şi apariţiunea contracţiunei există uneori o perioadă latentă ce poate durà până la o zecime de secundă. Aceste caractere se regăsesc în reacţiunea miotonică. Muşchii roşii cari au mai multă sarcoplasmă predomină în extensori. De aceea extensorii mai ales cei cari intervin în staţiune sunt mai des atinşi în maladia lui Thomsen. Sarcoplasma e de altfel mărită cantitativ în unele cazuri dar iperexcitabilitatea ei poate exista fără această creştere cantitativă. Această iperexcitabilitate poate să fie determinată: 1) de acţiunea otrăvurilor produse de funcţionarea organismului (contractura de oboseală a d-rei Joteyko, contractura lui Tiegel ce se observă la broaşte după perioada de hibernaţie şi care ar fi datorită după Schiff acumulării produselor de dezasimilaţie musculară), 2) De o leziune excitatrice a aparatului tonicităţei musculare ca în miotonia câştigată ce ţine de leziuni variate ale sistemului nervos.

Patogenia maladiei lui Thomsen arată legăturile fiziologiei cu patologia, căci găsim toate intermediarele între contracţiunea muşchiului roşiu a lui Ranvier, muşchiul nou născutului, muşchiul veratrinizat, contractura de oboseală, contractura lui Tiegel, miotonia intermitentă, a lui Martius şi Hanseman şi maladia lui Thomsen, pe toate le leagă abondenţa sau iperfuncţiunea sarcoplasmei.

C. PARHON.

Meus. Un caz de maladie de Thomsen (*Journal de Neurologie* No. 14 1905.) Primul caz semnalat în Belgia. E vorba de un tânăr de 19 ani, tâmplar Ereditate nevropatică din parte mumei. Alcoolism inveterat din partea tatălui. Boala e congenitală dar rigiditatea s'a mai mărit dela vârsta pubertăţei. Rigiditatea există, ca de obiceiu, la începutul mişcărilor voluntare, apoi dispare aşà încât cantitatea de muncă utilă produsă de acest bolnav zilnic nu e inferioară acelea a tovarăşilor săi. Totuşi, bolnavul se resimte în unele acte de infirmitatea de care e atins. Aşà ii e greu din cauza rigidităţii ce cuprinde membrele, să ridice bucăţi de lemn ceva mai grele, iar când a reuşit să o facă, rigiditatea ajunsă la maximum împiedecă pe bolnav să depună obiectul pe masa de lucru, silindu-l a-l ţine ridicat câteva secunde până ce muşchii să relaxează şi bolnavul devine stăpân pe mişcările sale. Când voeşte să meargă primii paşi sunt dificili din cauza rigidităţii, apoi mersul devine normal. O emoţiune bruscă, o chemare etc. face să reapară rigiditatea, tot corpul bolnavului se înţepeneşte şi nenorocitul cade dacă nu e sprijinit. Examenul electric n'a putut fi făcut. Contracţiunea ideo-musculară e pronunţată la muşchii posteriori ai gambei, quasinuală la ai braţului.

Autorul mai atrage atenţia asupra absenţei eredităţii omoloage în acest caz în care totuşi, ca de obiceiu, descedentul masculin a fost cel atins, asupra existenţei eredităţii de transformaţiune şi asupra absenţei principalelor reflexe, fenomen, a cărui explicaţiune rămâne de căutat.

C. PARHON.

F. Raymond et **G. Guillain**. Hématomyélie ayant déterminé une hémiplegie spinale à topographie radiculaire dans le membre supérieur avec thermoanesthésie croisée. Contribution à l'étude des connexions du faisceau pyramidal avec les segments médullaires. Etude de mouvements réflexes spéciaux de la main. (*Revue Neurologique*. No. 14 1905). Paralizia interesează la membrul inferior mai mult muschii flexori ai piciorului, ai gambei şi ai coapsei decât extensorii. Tot aşà abductorii coapsei mai mult de cât adductorii. La membrul superior se constată o contractură a muschilor flecsori. Ultimele 3 degete ale mânei sunt flexate în palmă. Mişcările policelui şi ale indexului sunt din contră conservate şi bolnavul se servă de ele ca de o pensă. Aspectul mânei aminteşte pe acela din forma spasmodică a siringomieliei. Alte turburări motorii au mai fost notate în muşchii grupului radicular inferior al plexului brahial. Tricepsul e singurul muşchiu atrofiat şi cu reacţiune de degenerescenţă.

Reflexele sunt exagerate. Semnul lui Babinski.

Această hemiplegie spinală care respectă grupul radicular superior şi care nu e însoţită de atrofia şi reacţiunea de degenerescenţă a muşchilor paralizaţi, nu poate fi produsă de leziunea neuronului motor direct ci de cel indirect. Cazul confirmă deci opiniunea emisă de Déjerine şi Gaukler pe baza unui fapt asemănător, cum că fasciculul piramidal se termină în măduvă după o distribuţiune radiculară.

Autorii mai insistă asupra unor mişcări reflexe speciale, pe cari le au observat în acest caz şi cari nu fuseseră încă descrise. Dacă se zice bolnavului să întindă degetele și să ducă membrul superior înainte cu mâna în pronație, excitând cu un ac tegumentele feței anterioare a antebrațului se determină un reflex ce produce extensiunea mânii pe antebraț pe când degetele se flectează în palmă. Excitațiunea oricărui punct din zona de inervațiune cutanată a brațului și antebrațului produce același efect. Acest reflex, care nu se întâlnește nici în emiplegia cerebrală a adultului, nici în cea isterică, ie poate propriu emiplegiei spinale.

Atrofia cu reacțiune de degenerescență a unui singur mușchiu; tricepsul merită de asemenea să fie relevată. Aceasta constitue o confirmare clinică a faptului stabilit în mod experimentat de d-l profesor Marinescu și de mine însumi împreună cu d-r Goldstein, că tricepsul brahial are un centru bine circumscris în măduva spinării.

C. Parhon

J. Sicard. Le Syndrome de la nevrite ascendante. (112 pages. *Rennes*, 1905). Un interesant raport, de 112 pagini prezintat celui de al 15-lea congres al alieniștilor francezi ținut anul acesta. In istoricul chestiunii autorul ne arată o primă fază în care nevrita ascendentă puțin cunoscută domnià pentru a zice astfel, în neuropatologie atribuindu-i-se un mare număr de cazuri cu cari n'avea nimic a face. Studiul mai de aproape al problemei nevritei ascendente nu i-a lăsat acesteia decât un loc destul de modest în patologia nervoasă. Ea succede de regulă traumatismelor incomplecte ale nervilor, înțepăturilor, ruperilor incomplecte ale acestora și lipsește de obicei când nervul e complect secționat. In evoluțiunea procesului autorul distinge o primă perioadă a nevritei ascendente localizată la o scurtă porțiune a nervului. Circulațiunea limfatică se opune la progresul microbilor într'o mare lungime a tecilor nervoase O a doua fază ar constà în reacțiunea la distanță a celulelor ganglionului cu difuziunea procesului patologic în aceasta din urmă. Faza aceasta excepțională s'ar traduce printr'o exacerbare a durerilor violente cari sunt principala caracteristică clinică a nevritei ascendente. O a 3-a fază radiculo-medulară, în care procesul atinge rădăcinile posterioare și în urmă măduva, nu e încă demonstrată și autorul nu-i vede posibilitatea.

Ca tratament autorul recomandă curentul galvanic cu electrozi de mare suprafață 10—20 centimetri pătrați, cu intensitate de 5—50 M. a. Suflul static poate de asemenea să fie întrebuințat cu succes ca adjuvant al acestui tratament, se pot întrebuințà injecțiunile locale și profunde de cocaină sau stovaină. Autorul recomandă soluția următoare vecină de izotonie. Cloridrat de cocaină sau stovaină, 0,50 centg., clorur de sodiu 25 centgr., soluție de fenol $^{1}/_{10}$, 10 picături, apă distilată 150 c. c. Trei centimetri cubi din soluția aceasta, conțin un centigram de cocaină. Când durerile au dispărut aproape, se va puteà utilizà încă masagiul ușor.

Analgezicile la interior vor puteà fi întrebuințate. Se vor evità injecțiunile de morfină. Se va ridicà moralul bolnavului și tratà starea generală. Autorul reproduce mai multe observațiuni interesante și expune cercetările experimentale făcute de dânsul împreună cu Bauer. In nici una din aceste experiențe infecțiunea nervului nu s'a propagat până la măduvă.

Un punct important ce merită să mai fie semnalat, e distincţiunea pe care o face autorul între nevrita ascendentă, proces limitat la o scurtă porţiune din trunchiul nervos şi conductibilitatea nervoasă ca aceea ce se observă în tetanos, turbare şi poate difterie în cari o toxină sau un microorganism se conduce prin trunchiurile nervoase la centrii, fără însă să producă simptomele clinice şi reacţiunea interstiţială a nervului caracteristice nevritei ascendente.

C. PARHON

Alberico Testi. **Sulla patogenesi della malattia di Dupuytren.** (*Faenza*, 1905, cu 4 figuri, 62 pag.). Autorul reproduce în această broşură 3 comunicări ale sale asupra acestui subiect, după cari ne dă un rezumat istorico-critic al chestiunii. Testi a putut să studieze patru fraţi atinşi cu toţii de retracţiunea aponevrozei palmare. La unul din ei participă şi aponevroza plantară. In 3 din aceste cazuri a avut posibilitatea să practice şi examenul anatomopatologic şi istologic al centrilor nervoşi. Alteraţiunile găsite constau în cavităţi multiple în regiunea umflăturii cervicale, cu sediul în comisura anterioară şi în cea posterioară şi în partea anteroexternă din vecinătatea canalului ependimar. La acest nivel se observă o proliferare neuroglică şi o infiltraţie leucocitară. In cazul în care există şi retracţiunea aponevrozei plantare, autorul a găsit leziuni asemănătoare şi în umflătura lombară. D-sa apropie aceste alteraţiuni de acelea ale siringomieliei făcând să se observe, cu drept cuvânt după mine, că siringomielia poate aveà o simptomatologie variată ce se poate depărtà uneori de tipul clasic. Mai e de notat că într'unul din cazuri existau şi turburări de pigmentaţiune cutanată şi din acest punct de vedere îl putem apropià de un caz de viteligo publicat de L. Ferrio şi pe care îl am analizat în primul număr al acestei reviste. Şi în acel caz s'a găsit o glioză periependinară pe toată întinderea axului spinal.

Testi e de părere că trebue să se facă o selecţiune completă a cazurilor de retracţiune a aponevrozei palmare, excluzându-se acelea ce succed unui traumatism sau cari reprezintă o simplă localizare a unui proces diatezic sau toxi-infecţios. Pentru acest autor maladia lui Dupuytren trebue să fie considerată ca o trofonevroză adesea congenitală şi în care ereditatea are un rol din cele mai mari. Anumite leziuni, cele siringomielice, ale substanţei grize a măduvei pot fi substratul anatomic al acestei maladii.

C. PARHON.

H. Verger et Grenier de Cardenac. **Nevralgie faciale et tumeur du ganglion de Gasser.** (*Revue Neurologique*, No. 14, 1905). In cazul acesta durerile veniau cu o mare frecuenţă, atât ziua cât şi noaptea, spontaneu sau provocate de tuse, masticaţie, deglutiţie, sternutaţie, deplasarea bruscă a capului, atingerea regiunii dureroase. Crizele dureroase nu erau însoţite de contracţiuni musculare. In intervalul crizelor, regiunea stângă a feţei rămâneà dureroasă şi bolnavul mai aveà sensaţiunea că buzele îi sunt mai mari în partea stângă şi că o bucată de ghiaţă îi atinge obrazul de această parte. Punctele lui Valeix sunt toate dureroase de această parte. Sensibilitatea la înţepături e diminuată în domeniul feţei, în stânga. O tumoră de mărimea unui ou de gâscă sub sterno-mastoidianul stâng. La necropsie s'a găsit o mică tumoră a ganglionului lui Gasser. Tumora e formată din septuri conjunctive, în intervalul cărora există celule mari cu nucleu voluminos. Celulele nervoase în porţiunea unde mai persistă sunt alterate, cromatoliză difuză, excentrizarea nucleului sau chiar acromatoză complectă.

Ar fi un cancer primitiv al ganglionului lui Gasser.

Pe baza cazului acesta şi a altora, autorii caută să stabilească fizionomia clinică a tumorilor ganglionului lui Gasser. Simptomele ce le caracterizează ar fi:

1). Caracterul continuu al durerilor, bolnavul suferind şi în intervalele paroxismelor.

2). Exacerbarea durerilor prin excitaţiuni de ordine periferică (masticaţie, deglutiţie, etc.).

3). Extensiunea nevralgiei la câte trele ramurele trigemenului.

4). Ipoestezie foarte marcată în toată jumătatea corespunzătoare a feţei

5) In mod accesoriu paralizia masticatorilor.

6) Insuccesele injecţiilor de substanţe analgezice loco dolente.

In cazurile în cari tumorile comprimă ganglionul fără a face corp cu el simptomatologia e aceeaşi. In nevralgiile radiculare excitaţiunile exterioare nu influenţează în mod simţitor durerea.

In nevralgia facială epileptiformă a lui Trousseau durerea lipseşte în intervalele paroxismelor. De asemenea nu există turburări obiective a sensibilităţii.

C. Parhon.

Jules Voisin, Roger Voisin şi Norero. Du régime hypoazoté dans l'épilepsie (éliminations urinaires et résultats thérapeutiques). *Rev. Mens. de Mal. de l'Enf.*, Iunie, 1905). Memoriu foarte sistematic şi conştiincios având ca ţintă de a rezolvi chestiunea regimului alimentar la epileptici. De oarece mulţi susţin astăzi o teorie patogenică a epilepsiei esenţiale bazată pe auto-intoxicaţiune, era interesant de a supune epilepticii la un regim alimentar având reputaţia de a produc un minimum de fermentaţii şi de substanţe toxice, adică la o alimentaţie lipsită de elemente azotoase de natură animală.

Alte tentative analoge au fost dejà făcute de diferiţi autori. Dar DD. Voisin şi Norero au experimentat un regim mult mai sever decât în cercetările precedente: orice element animal chiar laptele şi ouăle a fost exclus şi procentul elementelor azotoase alimentare a fost redus la minimum.

Dintr'o serie de observaţii foarte complecte conduse timp de o lună în care timp s'a introdus alimente de compoziţie chimică determinată în cantităţi determinate, dozându-se zilnic eliminările urinare şi cântărindu-se zilnic bolanvii, a rezultat următoarele concluzii:

1). *Relativ la examinările urinelor s'a observat pe timpul regimului hypoazotat*:

a) Scăderea volumului urinelor;

b) Nevariabilitatea eliminărilor de Nacl;

c) Scăderea la $^1/_3$ parte a fosfaţilor;

d) Scăderea însemnată a ureei şi a Az total, dar această scădere e mai însemnată pentru uree decât pentru Az, astfel că raportul $\frac{Az\ V}{Az\ T}$ e scăzut de la 0,80 la 0,60.

e) Scăderea diurezei moleculare totale $\left(\frac{\triangle V}{P}\right)$ şi a diurezei moleculelor elaborate $\left(\frac{\delta V}{P}\right)$ şi augmentarea raportului $\frac{\triangle}{\delta}$.

2). *Relativ la nutriţiunea generală* s'a constatat că acest regim a fost foarte bine tolerat de bolnavi. Unii au rămas staţionari în greutate; la alţii s'a arătat o uşoară creştere.

Regimul instruit erà calorificeşte suficient.

Dar e foarte interesant faptul următor: după datele clasice cantitatea minimă de albumină a raţiunei de întreţinere e de 1 gr. pentru fiecare kilogram (Lambling); într'un mod excepţional 0,60 (Hirschfeld), 0,42 (Peschel) 0,78 (Lapicque şi Maretté) şi cu aceste cantităţi minimale raţiunea echilibrată numai când experienţa nu durează decât câteva zile (Lambling).

In experienţele autorilor, pacienţii au absorbit *timp de o lună* 0,92 până la 0,45 elemente azotoase la kilogram şi cu toate acestea s'au îngrăşat. Cantitatea minimă de azot eliminat a fost într'un caz 0,04 la kilogram, pe când Maurel dă ca cifră minimă 0,08.

3) *Relativ la rezultatele terapeutice*, ele au fost *nule*. Accesele au fost tot atât de frecuente şi de intense. Concluzia este câte inutil de a modifica cantitatea sau calitatea alimentelor azotate la epileptici.

GRIGORE JACOBSON

Emil Kraepelin. **Fragestellung der klinische Psychiatrie.** (*Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie,* 1 August 1905). In această comunicare cunoscutul profesor de psichiatrie trece în revistă diferitele diagnostice psichiatrice şi arată partea slabă a fie-căruia dintre ele şi marele număr de probleme ce rămâne de elucidat pentru stabilirea unei psihiatrii clinice ştiinţifice. Principala metodă pe care o preconizează în aceste cercetări e să nu ne mulţumim cu un simplu examen al bolnavului ci să-l urmărim pe acesta în toată evoluţia sa, când e posibil. Ospiciile de alienaţi, în cari aceştia rămân ani îndelungaţi şi în cari există un vast material de studiu, sunt chemate să aducă contribuţiunea lor importantă la stabilirea psihiatriei clinice pe baze ştiinţifice.

Nu mă voiu opri în această analiză la enumerarea tuturor problemelor ridicate de profesorul din München. Ele interesează mai mult pe specialiştii, cari vor consultà originalul. Nu voiu trece însă cu vederea modul cum el priveşte *demenţa precoce* pe care a introdus-o el însuşi în psihiatrie şi asupra căreia s'au făcut în ultimul timp atâtea lucrări. Contrariu opiniunei ce 'i-o atribue unii din adversarii şi pe care o susţin unii din partizanii săi, Kraepelin nu face din demenţa precoce o entitate ci *un grup* morbid ce merită să fie studiat de aproape şi pe care probabil cercetările ulterioare îl vor disocià precum s'a întâmplat şi cu paralizia generală.

C. PARHON.

Pierre Roy. **De l'hypochondrie** (étude pathogénique et nosologique). (150 pages, Rennes, 1905). Un foarte interesant raport asupra acestei probleme de medicină mentală, prezentat celui de al XV-lea congres al medicilor alienişti şi neurologişti francezi. Autorul începe prin a expune doctrinele de până acum relative la patogenia ipochondriei care pentru unii e de origină exclusiv psihică, iar pentru alţii de origine periferică, viscerală. După aceea trece la studiul critic al chestiunii, descrie cercetările lui Head, care a găsit turburări psihice, în special prezenţa de halucinaţiuni la bolnavi atinşi de afecţiuni viscerale mai cu seamă cardiace şi pulmonare şi la cari, în acelaş timp se constatau turburările de sensibilitate cutanată, reflexe, descrise de acest autor, arată apoi că adeseori la bolnavi ipochondriaci s'au găsit alteraţiuni viscerale cari devin din ce în ce mai frecuente cu cât atenţiunea e îndreptată mai mult asupra acestui punct şi cu cât cunoaştem mai bine cu ajutorul nouilor mijloace de investigaţie alteraţiunile cari mai înainte treceau neobservate. Pe baza acestor consideraţiuni autorul conchide că:

„Ideea ipochondriacă, simplă sau delirantă, e o preocupaţie morbidă referitoare la sănătatea fizică, care nu se poate dezvoltà decât graţie coexistenţei a doi factori patogeni:

a) O constituţiune psihică specială;

b) Turburări ale cenesteziei.

Aceşti doi factori patogeni, unul de ordinar periferic, visceral şi simpatic, câştigat, destul de des curabil printr'un tratament local apropiat, — altul central, psihic, cele mai adesea ereditar şi greu reductibil prin tratamentul moral cel mai energic — pot să fie totdeauna regăsiţi la origina oricărei stări ipochondrice. Dar importanţa fiecăruia dintre ei variază după cazuri şi în general în raport invers unul faţă de celalt. Predominenţa unuia din elemente, psihic sau cenestezic, poate explicà succesul sau insuccesul unei terapeutici mai cu seamă morale sau mai cu seamă fizice, dar nu exclude nici odată colaboraţiunea indispensabilă a celuilalt factor patogen".

Intru cât priveşte partea nozologică, autorul conchide din studiul critic al chestiunei, că:

„*Ipochondria nu există* ca afecţiune distinctă şi autonomă, justificând specificitatea sa printr'un caracter etiologic sau evolutiv. *Nu există decât stări ipochondriace simptomatice* ce se pot observà în cursul tuturor afecţiunilor în cari se întâlneşte o constituţie psihică specială capabilă de a interpretà turburările cenesteziei. Diferitele aspecte clinice a stărei ipochondriace se explică prin predominenţa elementului psihic sau a elementului cenestezic în diferitele afecţiuni de cari această stare e simptomatică: *demenţe* (mai ales *paralizia generală, debilitate mentală, toxi-infecţiuni, psihopatii constituţionale, neurastenie.*"

Recomandăm celor cari se interesează mai de aproape de chestiune, să citească în original acest foarte interesant raport. C. PARHON.

Karl Schaffer. **Zur Pathogenese der Tay-Sachsschen amaurautischen idiotie.** (Asupra patogeniei idioţiei amaurotice a lui Tay-Sachs. *Neurologische Centralblatt.* No. 9 şi 10 1905). Afecţiunea e caracterizată după Sachs prin următoarele caractere. Debutul în primele luni ale vieţii sau în primii doi ani; 2). Privirea copilului e nesigură şi nu se poate fixà; 3). In fundul ochiului, în teritoriul petei galbene apare o pată odată şi jumătate cât papila în centrul căreia se vede un punct roşu. Acest caracter ar fi patognonomic pentru această afecţiune; 4). Inteligenţa copilului scade până ce ajunge idiot; 5) Boala e familiară şi se găseşte aproape exclusiv la evrei; 6). Exista adeseori hiperacusie.

Schaffer care s'a ocupat şi mai înainte cu studiul anatomiei patologice al acestei maladii, reià astădată chestiunea din punct de vedere citologic. Alteraţiunile se întâlnesc atât în creer cât şi în măduva spinării. Ele interesează atât substanţa cromatică cât şi neurofibrele şi hialoplasma. Leziunea cea mai caracteristică e o degenerescenţă veziculoasă specială ce atinge mai ales dendritele. In creer sunt mai ales atinse dendritele bazale cari prezintă nişte dilataţiuni ce amintesc forma unor baloane. Dendritele celelalte nu sunt nici ele cruţate. Neurofibrilele se alterează mai mult în corpul celulei decât înprelugirii. Un fapt de mare însemnătate e persistenţa neurofibrelor la locul dilataţiunilor ce cuprind dendritele. Când dilataţiunea veziculoasă e într'un stadiu mai înaintat, neurofibrele se alterează şi ele, se fragmentează, degenerează şi dispar. *Procesul primitiv atinge deci hialoplasma.* Neuroglia proliferează pe măsură ce neuronele se alterează. Vasele sunt normale. Avem prin urmare a face cu o afecţiune care interesează direct şi primitiv corpul celulei. Copii se nasc normali dar în curând funcţiunile centrilor nervoşi decad şi dispar.

Maladia lui Sachs reprezintă un exemplu clasic de boalele prin epuziare descrise de Edinger.

C. PARHON.

Serge Souckhanoff. Délire alcoolique continu ou hallucinose continue dans l'alcoolisme chronique. (*Journal de Neurologie*, No. 14, 1905). Autorul începe prin a distinge turburările psihice, observate la alcoolici, în trei grupuri: 1) Turburări produse direct de alcoolism ca delirium tremens şi delirul alcoolic continuu sau halucinoza continuă; 2) Turburări ce apar în cursul alcoolismului cronic dar sunt produse de alte cauze. Intre acestea pune psiboza lui Korsakoff; 3) Turburări ce ţin de constituţia neuropsihică fundamentală a individului şi pentru cari alcoolismul nu joacă decât rolul de agent provocator. Durata îndelungată a boalei distinge în mod suficient delirul alcoolic continuu de delirium tremens. Lipsa sau cantitatea neînsemnată a ideilor de persecuţiune, absenţa de sistematizare, conservarea personalităţii şi prezenţa halucinaţiunilor ca simptom principal disting delirul alcoolic continuu de paranoia alcoolică. Pentru a se evità confuziuni, Souckhanoff crede că e preferabil ca delirul alcoolic continuu să fie numit *halucinoză alcoolică continuă.*

Un fapt interesant e că, bolnavul e conştient de starea sa şi-şi dă seama că e halucinat. De altfel starea aceasta pare a fi incurabilă, deşi nu prea greu de suportat. Cu timpul halucinaţiile îşi perd din intensitate şi devin mai rare. Bolnavul neperzându-şi simţul critic se poate conduce în societate. Autorul reproduce auto observaţiunea unui asemenea bolnav. Halucinaţiunile erau atât vizuale cât şi auditive. Acestea din urmă predominau. Conţinutul lor erà în genere trist. Bolnavul aveà şi o otită purulentă bilaterală. Aceasta însă pentru autor n'a putut să aibă decât o influenţă secundară, principalul factor care a determinat halucinaţiunile a fost alcoolismul care a lucrat asupra centrilor nervoşi.

C. PARHON.

PATOLOGIE EXTERNĂ

O. Tilmann Lumbalanästhesie mit Stovain (Anestia lombară cu stovaină) *Berliner Klinische Wochenschrift* No 34, 21 Aug. 1905). T. a făcut 42 intervenţii operatoare cu stovaină, injectată intrarachidian. Doza întrebuinţată a variat între 4 şi 6 centigrame. Durata anestesiei obţinută a fost până la $2^1/_2$ ore. T. se arată partizan al anesteziei stovainice pentru toate operaţiile infraombilicale.

In cazurile de sciatică gravă, în cari medicaţia internă n'a reuşit şi extensia nervului, nu se poate face din cauza durerilor intolerabile, injecţia intrarachidiană de stovaină (6 centigrame) cu extensia nervului, care nu mai e dureroasă, în timpul celor 4 zile consecutive anestesiei a dat autorului rezultate excelente în 5 cazuri astfel tratate.

S. IRIMESCU.

Julius Dollinger. Die Dauererfolge der operativen Behandlung des Krebses in der chirurgischen Universitätsklinik No. I in Budapest. (Rezultatele definitive obţinute prin tratamentul operator al cancerului în prima clinică chirurgicală din Budapesta). *(Deutsche Medizinische Wochenschrift.* 14 Septembrie 1905, No. 37). Calculele acestei statistici sunt făcute pe baza a 175 de canceroşi (cap, faţă, buze, gură, amigdalele palatine, limbă, laringe, sân, stomah, intestin, rinichi, extremităţi) observaţi parte după trei ani, parte după cinci ani de la intervenţie. Rezultatele au fost că bolnavii operaţi cu trei ani în urmă, $40^0/_0$ erau fără recidivă; iar dintre cei operaţi cu cinci ani în urmă $40{,}25^0/_0$ erau fără recidivă.

Dacă facem statistica numai a acelor cari au fost operaţi pentru a 2-a oară pentru recidivă ori metastaze, vedem că dintre aceştia mai trăiau fără recidivă după 3 ani $32^0/_0$, după 5 ani $38{,}8^0/_0$.

Trebue să notăm că bolnavii lui au venit de regulă înaintaţi, că n'a exclus dela operaţie decât pe bolnavii caşectici, ori senili, ori inoperabili, în sfârşit că după concepţia lui despre modul cum trebuesc alcătuite statisticele de acest soi, Dollinger a pus pe contul de pierdere a tratamentului chirurgical, bolnavii muriţi de complicaţiuni operatorii, ori post-operatorii şi a socotit tot ca victime ale cancerului pe acei bolnavi cari au murit de afecţiuni interne medicale in intervalul celor trei ori cinci ani în afară de spital, presupunând că acele afecţiuni au fost în mare parte metastaze canceroase nediagnosticate.

TRANCU RAINER.

PATOLOGIE INTERNĂ

Eichmeyer. Ueber Anghina ulceromembranosa Plauti u. Stomatitis ulcerosa. (*Jahrb. f. Kinderheilk.* Iulie 1905). E vorba de o notă prealabilă; lucrarea întreagă va fi publicată mai târziu ;

1). Angina lui Plaut (angina lui Vincent pentru autorii francezi) reprezintă un proces superficial (epitelial) sau profund şi necrotic, la care se adaogă şi o exsudaţie fibrinoasă.

2). Relaţiunea între angina lui Plaut şi stomatita ulceroasă e demonstrată cliniceşte, anatomiceşte şi prin identitatea rezultatelor bacteriologice.

3). Angina lui Plaut e de obiceiu primitivă; alte ori concomitentă sau consecutivă stomatitei ulceromembranoase.

4). Patogenia acestei angine nu e elucidată ; Bacilii fusiformi sunt totdeauna în simbioză cu piogeni; aceşti bacili se pot găsì şi în alte procese purulente şi necrotice, dar atunci e totdeauna vorba de un proces cu caracter gangrenos bacilul fusiform dă afacţiunii caracterele sale particulare ; spirocheţii, de obiceiu asociaţi cu b. *fusiform* represintă paraziţi banali, accesorii.

5). Analogiile anatomice şi bacteriologice cu *noma* permit de a bănuì că e vorba de procese înrudite.

6). Diagnosticul clinic e uneori dificil cu difteria: aceasta nu se poate eliminà decât atuncea când rezultatul însămânţărilor a fost de repetate ori negativ.

Diagnosticul cu procese sifilitice e câte odată foarte dificil.

GRIGORE JACOBSON.

Fischer. Accidents produit par l'Aspyrine. (*Arch. internationales de Laryngologie*, Juillet 1905). Fischer citează mai multe cazuri de accidente datorite aspirinei, astfel în două cazuri a lui Hermann ea a provocat colici gastrice violente cu vărsături şi ameţeli. Altă dată ea ar fi produs un edem al pleoapelor şi buzei inferioare, însoţite de edem al farinxului şi pete ca în scarlatină, erupţiuni nodoase pe piele, albuminurie etc... etc...

Fischer relatează cazul unei tinere de 16 ani anemică, ce aveà un atac de reumatism articular acut mai cu seamă la genunchi. El îi prescrie aspirină 4 grame, bolnava are transpiraţiuni profunde şi un epistaxis foarte violent ce lasă pe bolnavă exanguă. Suprimându-se aspirina şi dând bolnavei un pediluviu ferbinte, emoragiile încetară. Aşà că aspirina poate fi încriminată după autor a fi provocând aceste emoragii.

BARONCEA.

Max Gentzen. Ueber Zylindrurie und Nephritis. (Asupra cilindruriei şi Nefritei. *Deutsche med. Woch*, 1905. Aug. 17. No. 33). Utiliâznd procedeul indicat de Klieneberger şi Oxenius (Deutsche Archiv. f. Kl. Med. Bd. 80, p. 225), centrifugarea nubeculei din urină şi examinarea depozitului G. a găsit în 49 din 100 cazuri în cari albumina nu există în urină la oameni sănătoşi cari nu făcuseră nici un exerciţiu violent, cilindri în urină. 30% din cazuri granuloşi şi 19% hialini. Rezultatele acestea ar păreà că iau ori ce valoare prezenţei de cilindri în urină pentru diagnosticul nefritei. Când se procedează însă în modul obişnuit adică când se examinează centrifugatul din urina totală, nu numai din nubeculă, se găsesc cilindrii foarte rar. Din 1000 exemplare de urină examinate în felul acesta, în clinica de la Königsberg, numai în câteva casuri s'au găsit cilindrii hialini şi absolut excepţional, cilindrii granuloşi sau epiteliali. Prezenţa de cilindrii în examenul obişnuit microscopic al urinei, are deci o valoare destul de mare, pentru diagnosticul nefritei.

S. IRIMESCU.

Morpurgo. Toxicité de la Crême à la Vanille. *Répert. de Pharmacie* 1905, 315. După autor toxicitatea ar proveni probabil dintr'o alterațiune a albuminoidelor laptelui sau ouelor. După Dragendorff, cauza acestei toxicități a cremei ar fi fost vanilia imperfect fermentată, de aceea ar trebui spre a se înlătură acțiunea vătămătoare a enzimei vaniliei să se macereze vanilia în alcool forte și să se prepare cu dânsa și cu zahar, o pudră pentru a servi la aromatizat.

BARONCEA.

O. Neubauer. Zur Kentniss der Fruktosurie. (Cazuri de fructosurie). (*Münchener medizinische Wochenscrift.* 1905 Aug. 8, p. 1525).

N. relatează 2 cazuri de levulozurie cu simptome diabetice și cu ușoare turburări nervoase.

Pentru patogenia levulozuriei N. admite că pe când normal, o parte din levulosă e direct utilizată, în intestin, fără transformare în glicogen — de unde și mai buna utilizare a levulozei, față de glucoză în diabet — în cazurile patologice de levulozurie, utilizarea aceasta n'are loc și levuloza trece în urină. Diagnosticul levulozuriei e important, de oarece cu un tratament diabetic — evitarea de fructe, miere — simptomele dispar.

S. IRIMESCU.

A. W. Mayo Robson. Die entzündlichen Affektionen des Pankreas unter besonderer Berücksichtigung des Pankreas-Katarrh und der chronischen Pankreatitis. (Afecțiunile inflamatoare ale pancreasului, catarul pancreasului și pancreatita cronică. *Medizinische Klinik I,* 6 Aug. 1905, p. 878 ; 13 Aug. 1905, p. 902). Autorul, un specialist cunoscut în afecțiunile pancreasului, atrage atențiunea asupra frecuenței acestor afecțiuni, deși în tratatele de patologie capitolul acesta este absolut neglijat și în clinica obișnuită existența lor e considerată ca absolut excepțională. Un diagnostic exact pus la timp e cu toate acestea de mare importanță, de oarece un tratament rațional poate să evite o evoluție, care lăsată în voia ei, e de cele mai multe ori mortală.

După ce enumeră cauzele cari provoacă afecțiunile pancreasului—în primul rând litiaza biliară, din cauza situațiunii canalului Wirsung care în 28,5% din cazuri se varsă printr'un conduct comun cu coledocul și în 62% e strâns lipit de el așà încât calcule biliare comprimând conductul pancreatic îi pot facilità infecția, — arată că inflamația acută e mult mai ușor de vindecat decât afecțiile cronice.

Trebue deci căutat ca diagnosticul afecțiunilor pancreasului să se facă cât mai aproape de debutul lor pentru a le puteà tratà la timp.

„Reacția pancreatică“ cum o chiamă Robson, apariția iodului în urină după administrarea de capsule de glutolină conținând iodoform, în cazul când sucul pancreatic își are drumul liber în intestin și absența sa în cazul contrariu, arată dacă pancreasul e lezat sau nu.

Dacă tratamentul medical al litiazei nu reușește, un tratament chirurgical e necesar. Drenajul căilor biliare prin colecistotomie sau colecistenterostomie, făcând să înceteze presiunea exercitată asupra canalului lui Wirsung prin bila acumulată, poate să aducă vindecarea.

Pancreatita supurată, foarte gravă ca pronostic, 3 casuri mortale din 4 citate de autor, poate fi evitată prin tratarea la timp a litiazei biliare.

Pancreatita cronică poate fi interlobulară, în care caz provoacă atrofia ţesutului glandular sau interacinoasă atăcând şi corpusculii lui Langerhans de unde diabetul pancreatic.

Pancreatitele cronice, fiind însoţite de simptomele cancerului capului pancreasului: icter cronic, etc., pot foarte bine să simuleze această afecţiune.

Tratamentul pancreatitei cronice la început e medicamentos, cel al litiazei biliare. Când însă după un tratament energic dar nu prea prelungit, icterul şi turburările digestive persistă şi semne de turburări ale funcţiunii pancreasului îşi fac apariţia, un tratament chirurgical e necesar.

Atunci când acest tratament e făcut inainte ca procesul morbid să fi ajuns interacinos, vindecarea poate fi obţinută în majoritatea cazurilor. Inutil de a insistă asupra importanţei acestui fapt, în cazurile, cari cliniceşte prezintă cu totul aparenţa unui cancer al capului pancreasului.

Robson citează cazurile sale personale, 51 cu 2 morţi numai (3. 9%) şi 62 ale altor autori cu 8 morţi (12, 9%). Pancreatitele cronice tratate la timp au deci un pronostic bun, pe când în cazul când sunt lăsate să-şi continue evoluţia, un pronostic grav.

S. IRIMESCU.

Hans Risel. Masernerkrankungen nach Scharlach. (Cazuri de morbilii după scarlatină). (*Jahrb. f. Kinderheilk.* Iulie 1905) Dintr'un studiu clinic lucrat la clinica pediatrică din Leipzig, autorul conchide:

a) Infecţiunea morbilioasă poate surveni la ori ce stadiu al scarlatinei;

b) exantemul morbilios după o scarlatină are mare tendinţă de a evoluà într'un mod atipic;

c) curba termică a rugeolei secundare nu e influenţată de scarlatina care a precedat;

d) asemenea celelalte simptome clinice, complicaţiunile şi afecţiunile consecutive (nachkrankheiten) se desvoltă în modul obişnuit;

e) perioda de deferescenţă a scarlatinei, coincidând cu perioda de incubaţie a rugeolei, se prelungeşte;

f) rugeola evoluând după scarlatină constitue o complicaţie grea.

GRIGORE JACOBSON.

H. Schottmüller. Ueber Meningitis cerebrospinalis epidemica. (*Münchener medizinishe Wochenschriff.* No. 34, 35, 36, 1905).

Autorul discută în primul rând etiologia meningitei cerebrospinale. Analiza epidemiilor de când cercetări bacteriologice au fost făcute, îi permite să admită că în majoritatea cazurilor, agentul cauzal a fost meningocul lui Weichselbaum. El reţine numai 4 epidemii cele descrise de Bonome (Padua) Panienski (Carlsruhe) Quadu (Sassari) şi Weichselbaum (Boemia) în cari meningococul n'a intervenit.

Cazurile lui Quadu şi Weichselbaum nu pot fi utilizate de oare ce autorii nu dau suficiente detailii asupra microbului izolat. In cazurile lui Bonome şi Panienski, Schottmüller stabileşte, că e vorba de streptoicocul descris de el, streptococcus mucosus.

Cât despre pneumococ de nimeni nu e relatată o adevărată epidemie datorită acestui microb, ci numai casuri sporadice. Evoluția meningitelor datorite pneumococului e de obiceiu mortală (Heubner, Lenhartz). Meningitele epidemice n'au însă toate un pronostic așa de grav, un caracter care le diferențiază de meningitele cu pneumococ.

S. în 10 ani dela 1895 încoace, în marele spital Eppendorf din Hamburg, a avut ocazie să studieze 49 cazuri de meningită cerebrospinală. In 43 de cazuri el a găsit meningococul lui Weichselbaum. In 3 casuri infecție dublă a meningococului cu bacilul tuberculozei, cu streptococul mucosus (meningită în urma unei fracturi a bazei craniului) cu pneumococul (complicație a pneumoniei) Meningococul găsit de S. s'a presintat în toate cazurile, cu caractere identice, în tocmai ca cele descrise de Weichselbaum, Albrecht și Ghon. Diferințele morfologice și biologice descrise de Jäger, Heubner, Hunnermann, Pfaundler etc. ca aparținând meningocului, Schottmüller, după o analiză minuțioasă a cazurilor, le atribue faptului că toți acești autori au cultivat alături de meningococ și saprofiți pe cari îi au considerat în urmă ca varietăți ale meningococului. Meningococul trăește un timp scurt pe mediile de cultură, saprofiții un timp mai îndelungat. Prin treceri repetate pe medii, cum meningococul sucombase, autorii au cultivat saprofiți diferiți pe cari în urmă îi au considerat ca meningococi modificați.

In ceea ce privește simptomatologia cazurilor observate, S. le divide în supra acute (2 casuri) urmate de moarte după 2 zile, acute (6) mortale după 3—6 zile și subacute (40). Există și forme abortive, cu simptome ușoare: dureri de cap, neliniște etc. Vindecare repede (5 zile în cazul observat de S). In cazurile subacute, durata variază: 4—8 săptămâni, 3 luni și mai mult. Intr'un caz bolnavul a stat un an la spital.

Dintre complicații autorul semnalează mai cu seamă pe cele articulare. Intr'unele din aceste complicații din exsudatul articular meningococul poate fi izolat.

O consecință frecuentă a meningitei e o emaciare extremă pe care S. o pune în legătură cu toxina meningococului.

Din cazurile observate, 50% mortale.

In privința tratamentului S. arată avantagele puncțiunii lombare repetate zilnic, 20—30 c. c. (Lenhartz).

Injecțiile intrarachidiene de lysol, cu cari Franța a avut rezultate bune, n'au dat nici un succes la Eppendorf.

In cazurile de idrocefalie în urma meningitei, puncțiunea ventriculelor cerebrale sau trepanația pot fi încercate.

Alimentația trebue îngrijită în tot cursul boalei, cu sonda sau pe cale rectală, în cazul când alimentația bucală nu e tolerată.

In ceea ce privește tratamentul cu ser, un ser specific e dificil de obținut de oarece meningococul e puțin patogen pentru animale. Reacția produsă la animale e prea mică, pentru ca un ser eficace să poată lua naștere.

S. Irimescu.

PEDIATRIE

Baron. **Ueber Fragen der praktischen Durchführung der Säuglingsernährung u. ueber einige anomalien der milchsecretion.** (Despre unele chestiuni relative la conducerea practică a alăpţării la sugaciu şi despre unele anomalii ale secreţiunii lăptate). *(Arch. f. Kinderheilk*, 41 p. 224). Autorul trece în revistă contra indicaţiunile alăptării de către mamă, arată că autorii moderni restrâng din ce în ce mai mult, aceste contra indicaţiuni, studiază chestiunea menstruaţiunii, sarcinei, chestiunea administrării medicamentelor şi regimului alimentar la doici. Se ocupă pe urmă cu anamaliile de compoziţie chimică ale laptelui de femee, admiţând că pot cauzà turburări digestive la sugaci; menţionează modificările florei laptelui şi insistă mai cu seamă asupra anomaliilor cantitative ale secreţiunii lăptate.

E vorba de o revistă interesantă, dar fără nimic nou.

GRIGORE JACOBSON.

Martin Hohlfeld. **Ueber rohe Milch als säuglingsnahrung** (Laptele crud în alimentarea sugacilor). *(Jahrb f. kinderheil.* Iulie 1905) Hohlfeld raportează o serie de observaţiuni în care laptele crud a reuşit foarte bine la copii atrofici alimentaţi mai înainte fără succes prin alt mod de alimentare artificială.

Conchide că chiar dacă s'ar dovedì că numai unele cazuri izolate sunt ameliorate prin laptele crud, totuşi la copii cari au fost alimentaţi fără succes printr'un alt mod de alimentare artificială, e bine de a se face o tentativă de alimentare cu lapte crud. Aceasta mai cu seamă la copii cari prezintă vărsături după fiecare ingestie de lapte sterilizat sau fiert.

GRIGORE JACOBSON

L. Mendelsohn. **Ueber Brand-resp. Rauchvergiftung bei Kindern.** (Intoxicaţie prin produse de combustie şi fum la copii). *Arch; f. Kinderh.* B. 41, p. 28. Studiu asupra 7 cazuri de intoxicaţie prin produse de combustie; în toate cazurile erà vorba de copii găsiţi fără cunoştinţă într'o cameră unde se aprinsese objecte de lemn sau cârpe. Autorul se ocupă mai cu seamă cu simptomele clinice. Bibliografie.

GRIGORE JACOBSON.

A. Pinard. **Note sur les causes de la faible mortalité infantile dans la ville industrielle de Creusot.**

Raportându-se la o lucrare a lui Variot, prin care arată că în oraşul industrial Creusot mortalitatea infantilă e foarte mică, chiar comparată cu ţările luate ca model în această privinţă (ţările scandinave), Dinard atribue aceasta faptului că la Creusot, femeile însărcinate dela cinci luni înainte nu mai lucrează în ateliere şi primesc asistente acasă. Cele mai multe din femei (80%) îşi alăptează singure copiii. Şi toate aceste sunt datorite bunei stări materiale a lucrătorilor, creată de administraţia uzinelor dela Creuzot.

TRANCU-RAINER.

Bela Schick. Die diagnostische Tuberkulin-reaction im kindesalter (reacţiunea diagnostică a tuberculinei în copilărie) *(Jahrb f. Kinderh.* Iunie 1905. Dintr'un studiu foarte documentat asupra 120 cazuri autorul trage următoarele concluzii:

1) Tuberculina cea veche constitue, cu condiţia de a fi dozată într'un mod prudent, un mijloc de diagnostic de mare valoare.

2) Reacţiunea tuberculinei la copil se deosibeşte de aceeaşi reacţiune la adult prin intensitatea şi frecuenţa relativă a reacţiunei la nivelul înţepăturii *(stichreaction)* care se poate considerà ca specifică, şi prin frecuenţa reacţiunii prelungite *(protrahierte reaction)*. GRIGORE JACOBSON.

Schlossmann. Ueber die Giftwirkung des artfremden Eiweiss in der Milch auf den Organismus des Säuglings. (Despre acţiunea toxică a albuminei eterogene din lapte asupra organismului sugaciului). *(Arch. f. Kinderh.* Vol. 41, p. 99). Autorul crede, contrar părerilor lui Hamburgher că introducerea de albumină eterogenă (lapte de vacă) în *tubul digestiv* poate fi asimilată, până la un oarecare punct ca introducerea în *ţesături.* In clinică se întâlnesc adesea ori reacţiuni intense la sugaciu, caracterizate prin simptome toxice, exageraţiunea secreţiunilor intestinale, agitaţie, vărsături, febră (Moro), când se substitută laptele de vacă celui de femee. Autorul crede că se produce mai întâiu o acţiune nocivă locală asupra epiteliului intestinal: albumina eterogenă poate astfel să pătrundă în circulaţie determinând fenomenele toxice. Acţiunea organismului se traduce prin augmentarea leucocitelor din sânge (Moro); faptul că după ce s'a stabilit obicinuinţa nu s'a putut dovedì prezenţa de perceptivì în sânge nu probează nimic, deoarece cantitatea de albumină eterogenă pătrunsă în circulaţie e de obiceiu minimă: cercetarea trebue făcută din nou, dar în cazuri în cari există fenomene de intoxicaţie intensă. GRIGORE JACOBSON

Siegfried Weiss. Zur symptomatologie der Barlowschen Krankheit. (Despre symptomatologia maladiei lui Barlow). *Arch. f. Kinderh.* Vol. 41, p. 43. Caz anormal de maladia lui Barlow, la un copil de $4^1/_2$ luni *alăptat la ţâţă.* Acest fapt arată că:

a). Există diferite localizări ale leziunilor osoase pe maxillarul superior: pe lângă hematomul orbitar poate să existe şi o tumoare la obraji (în regiunea malară) care are aceiaşi valoare cu fenomenul orbitar.

b) Din cauza situaţiunii profunde a unor mici emoragii subperiostale, cu precedenta localizare anormală, diagnosticul poate fi dificil, mai cu seamă când lipsesc durerile.

Bună notiţă bibliografică referitoare la maladia lui Barlow.

GRIGORE JACOBSON

Julius Zappert. Ueber nächtliche Kopfbewegungen bei Kindern. (Jactatio capitis nocturna). (Despre mişcări nocturne ale capului la copii). *(Jahrb. f. Kindern.* Iulie 1905). Intr'un interesant memoriu, foarte bine documentat Zappert descrie o stare caracterizată prin «mişcări puternice şi ritmice ale capului in timpul somnului, cari, cu mici pauze se prelungesc toată noaptea sau o mare parte din noapte, se reproduc în fiecare noapte, şi pot astfel durà, fără modificare, timp de mai mulţi ani».

Mişcările pot începe în primele luni, dar mai des debutează pe la al 3-lea an în cazurile raportate s'au prelungit până la al 7-lea, 10, 14 an. Mişcările se reproduc în fiecare noapte; ele sunt ritmice, pendulare, laterale sau anteroposterioare; copii nu ştiu nimic despre aceste mişcări, unele poziţiuni ale corpului par a le favorizà, de obicei se produc mai intense sau *numai* când somnul e adânc...

După o trecere în revistă a datelor bibliografice, d'almintrelea foarte limitate, referitoare la acest fenomen, autorul discută în ce grup trebue clasat. El crede că nu e vorba nici de un *tic* nici de un *femonomen isteric* (argumentaţia trebue citită în text) şi că acest fenomen trebue băgat în grupul bine cunoscut de psichiatri sub numele de *steriotypii*.

GRIGORE JACOBSON.

PROCEDEE TECHNICE

J. Favil Biehn. Notes on the use of chloroform in the preparation of vaccine virus. (Notă asupra întrebuinţării cloroformului în prepararea virusului vaccinal. *Transact. of the Chicago pathol. Society.* t. VI. No. 8. avril 1905. După Bull. de l'Inst. Pasteur. No. 17 din 15 Septembre 1905). Autorul servindu-se de procedeul lui Allan B. Green, obţine cu ajutorul cloroformului, în 4—6 ore un virus pur, pe când cu glicerina ne-ar trebuì 60 zile.

Acest virus purificat cu ajutorul cloroformului, rămâne activ mult mai mult timp şi se usucă mult mai repede pe piele decât cel glicerinat.

Cea mai bună temperatură de conservare e 10°. După 2 luni la 15° dă încă 100% succese.

D-R C. G.

C. Blume. Zur bakterioscopischen Frühdiagnose der Lungentuberculose. Diagnosticul precoce bacteriologic al tuberculozei. *(Berl. Klin. Woch.,* 1905. Aug. 21. No. 34). In cazurile în care bolnavii nu expectorează, B. recomandă procedeul următor pentrn descoperirea bacililor tuberculozei.

Bolnavul capătă instrucţii să tuşească câteva minute în faţa unei lame 10 zile dearândul. In 4 cazuri, autorul a putut găsì pe lamele astfel obţinute, după procedeele obişnuite de coloraţie, bacilii tuberculoşi,

S. IRIMESCU.

Croner u. Cronheim. Ueber eine neue Milchsäureprobe. (Un nou mijloc pentru a găsì acidul lactic în stomac. *Berl. Klin. Woch.,* 1905. Aug. 21. No. 34) Autorii recomandă procedeul indicat de Vournassos (zeitschrift f. angew. Chemie 1901, pag. 172), bazat pe faptul, că acidul lactic produce cu iod şi o substanţă alcalină, iodoform.

Iodoformul acesta în prezenţa unei baze aminice dă naştere la un isonitril uşor de recunoscut prin mirosul său displăcut.

C. și C. au modificat puțin procedeul lui V. înlocuind methylamina cu anilina, care e mult mai ieftină și tot așà de sensibilă.

Procedeul lor e următorul: Ei dizolvă 2 gr. KI. în 5 cc. apă, filtrează prin asbest sau vată de sticlă și adaogă apă, ca să aibă un volum de 5 c.c. Se adaugă la lichid 50 cc. anilină. Soluția se conservă într'o sticlă cu păreții colorați. Ea rămâne nealterată luni întregi. Sucul gastric filtrat, alcalinizat cu leșie de potasă 10%, fiert câteva minute, e amestecat cu câțiva c.c. din reactiv. Mirosul de isonitril indică prezența acidului lactic.

Procedeul acesta e mult mai sensibil decât cel al lui Uffelmann.

S. IRIMESCU.

ANUL I. No. 6. (OCTOMBRIE 1905) VOLUMUL I.

REVISTA
ȘTIINȚELOR MEDICALE

Dr. I. Bruckner.

Asupra Congestiilor Pulmonare Idiopatice ale adulților.

In practica zilnică, termenul de congestie pulmonară este poate unul din cei mai întrebuințați; aproape nu există maladie infecțioasă, ceva mai gravă, în cursul căreia, câtevà raluri, o ușoară submatitate, puțină dispnee, să nu determine pe medicul respectiv, să pună diagnosticul de congestie sau focare congestive secundare.

In alte cazuri, în plină sănătate, individul e cuprins, brusc sau aproape brusc, de un fior, junghiu, tuse, dispnee, insoțite de temperatură înaltă; la examenul pacientului, medicul deși nu găsește adevărate salve de ral crepitant, deși suflul nu e adevărat tubar, deși nu e decât submatitate, cu vibrații conservate sau chiar diminuate, deși sputa nu e ruginie, cleioasă, aderentă, totuși medicul pune diagnosticul de pneumonie; prevede și sfârșitul maladiei peste 8—10 zile, și spre marea sa surpriză, bolnavul sau se vindecă după 3—4 zile, sau maladia se lungește chiar mai mult de o lună; leziunea pulmonară, odată vindecată, maladia dispare și ea, deci a fost de sine stătătoare; acestea sunt varietăți de congestii pulmonare idiopatice, de *congestie maladie* cum 'i zicea Woillez.

Au fost numite congestii pulmonare și nu pneumonii abortive, pentru că s'a admis ca maladia abortivă să aibă toate semnele maladiei adevărate, afară numai de durată, care e mult mai scurtă; așà că pneumonia abortivă, (sinocul pneumonic al lui Marotte, febricula pneumonică a lui Bernheim, pneumonia efemeră a lui

Wunderlich) sunt adevărate pneumonii cu matitate, vibraţii exagerate, suflu tubar, ral crepitant abundent, spută ruginie caracteristică, dar cari se termină cu bine, în a doua, a treia sau a patra zi a maladiei.

Intrevăzute de multe vreme, congestiile pulmonare nu au căpătat drept de cetăţenie în clinică, decât graţie lucrărilor lui Woillez; dânsul stabileşte primul tip de congestie, care-i şi poartă numele, apoi Potain şi Grancher descriu alte două varietăţi, cari împreună cu prima, constituesc trei tipuri clare, bine caracterizate, între cari se găsesc numeroase variante mai mult sau mai puţin apropiate de una din ele.

Puţina atenţie ce li se dă în tratatele mici de patologie, unde acest capitol dacă ocupă o pagină, m'a îndemnat să rezumez cât mai clar posibil. semnele acestor 3 varietăţi, scutind astfel elevilor şi chiar tinerilor medici cercetări mai obositoare.

Congestia pulmonară tip Woillez, separată de acest autor în 1854 de celelalte pneumopatii, se observă în toate anotimpurile, dar mai ales primăvara.

Debutul, precedat uneori de câtevà prodrome vagi, este de cele mai multe ori brusc, aparând după Carrière 4—7 ore dela cauza ocazională semnalată de bolnavi: ingestiunea unui pahar cu apă cu ghiaţă, aspersiune cu apă rece şi în câtevà observaţiuni şi în urma unui traumatizm toracic.

Maladia se anunţă de obicei prin fiori de frig repetaţi, puternici; în unele cazuri fiorul poate fi unic şi tot aşà de puternic ca al pneumoniei. Aproape imediat apare un junghiu, violent, mai violent ca al pneumoniei zicea Woillez; el e constant, ocupă difus jumătatea toracică bolnavă, putând mai rar ocupă partea sănătoasă, sau să fie chiar şi bilateral, exagerându-se prin presiune, mai puţin prin tusă şi respiraţie. Cevà mai târziu apare şi dispnea, care uneori poate fi foarte atenuată, alteori însă întolerabilă.

Tusa. zicea Woillez e rară şi slabă; Carrière într'o serie de observaţii foarte documentate, a notat cazuri cu tusă abundentă şi penibilă, mai cu seamă dimineaţa şi seara.

Expectoraţia este destul de caracteristică; abandonată într'un vas, se împarte în două straturi, unul la fund transparent. mucos, foarte asemănător unei soluţii de gumă, conţinând parcele mucopurulente opace, în cantitate variabilă, şi altul superior, gros, spumos mai mult sau mai puţin colorat în galben; rar se pot observà mici strii de sânge, şi foarte rar cantităţi cevà mai mari; expectoraţia poate atinge în 24 ore cifra de 100 grame, augmentând ca şi în pneumonie în momentul defervescenţei.

Semnele fizice notate sunt următoarele:

Ampliaţie toracică putând atinge 4 cm. şi căreia Woillez îi atribuià o mare importanţă diagnostică; apendicele xifoid e deviat de obicei cu 1 cm., în spre partea bolnavă, ambele dispărând brusc în momentul defervescenţei. La percuţie se găseşte o submatitate difusă, uneori destul de accentuată, neatingând însă matitatea absolută a pneumoniei sau a pleureziei; maximul de intensitate e către a 4 zi a maladiei, şi semn important, dispare foarte încet şi foarte târziu putând durà câtevà săptămâni; în jurul submatităţii se poate găsì sonoritate normală sau puţin exagerată.

La nivelul submatităţii vibraţiunile vocale sunt conservate şi foarte des, diminuate; excepţional numai pot fi uşor exagerate.

Respiraţia poate fi şi ea diminuată, în cazuri mai rare chiar abolită, dar de obicei la nivelul focarului se percepe o respiraţie aspră, care se transformă foarte repede în un adevărat suflu, cu oarecari caractere particulare; fără a aveà intensitatea şi timbrul celui pneumonic, şi fără a fi îndepărtat, cu timbru în *he* ca cel pleuretic, e un suflu destul de puternic, inspirator şi expirator, dar superficial, difus şi de o mare mobilitate. In adevăr, el işi schimbă în câtevà ore locul de maximum, dispărând chiar complect pentru a reapare ceva mai târziu; are însă aproape totdeauna tendinţa de a se auzì mai intens către rădăcina bronşelor, fapt asupra căruia a insistat foarte mult Woillez.

Se poate găsì un uşor grad de bronchofonie, nu atât de clar ca în pneumonii; mai des însă se aude semnul descris de Serrand şi numit de Carrière *echofonie;* el constă în aceea că fiecare silabă articulată, e urmată de un uşor suflu de scurtă durată, ce pare a fi ecoul sunetului vocal.

La nivelul focarului congestiv, în regula generală nu se percepe în afară de suflu, nici un fel de ral, fapt asupra căruia a insistat atât Woillez, cât şi Potain. Lucrul e foarte adevărat, dar în inspiraţiunile forţate, mai ales înaintea tusei, se pot percepe câtevà raluri subcrepitante, şi chiar slabe salve de un simili crepitant, descrise cu îngrijire de Carrière; ele însă fiind aşa de puţine şi adesea chiar lipsind complect, absenţa lor trebue reţinută cu îngrijire.

Către a 4-a sau a 5-a zi, suflul diminuă repede, sau dispare brusc, şi atunci în locul lui se percep în adevăr raluri umede, subcrepitante cu bule mai mult mici, datorite rezoluţiei.

Temperatura are un mers destul de regulat; câtevà ore de la debutul maladii, termometrul poate atinge chiar 40^5, în zilele următoare se menţine între 38—39 şi chiar 40, cu remisiuni de câteva zecimi de grad dimineaţa; în a 4-a sau a 5-a zi, mai rar în a 3 sau în a 6, de obiceiu în noaptea de a 4 către a 5, temperatura, în marea majoritate a cazurilor, cade brusc; foarte rar defervescenţa se face în lisis; dar dejà această criză a fost prevestită; expectoraţia devine din ce în ce mai abundentă şi mai fluidă; pulsul, care la debutul maladii atinsese 120, 130, chiar 140 de bătăi pe minut, se răreşte cu câtevà ore mai înainte; în acelaş timp apar sudori, din ce în ce mai abundente, atingând maximul câtevà ore după scăderea temperaturei; concomitent, se produce şi criza urinară, caracterizată prin poliurie, însoţită de o emisie abundentă de cloruri, fosfaţi şi acid uric; de altfel sindromul urinar, studiat de Carrière, prezintă multe analogii cu cel pneumonic.

Limba, care erà saburală, se curăţă, setea dispare, pofta de mâncare revine, bolnavul simte satisfacţia de fi scăpat de boală şi de a se odihnì liniştit; cu toate acestea însă, semnele toracice persistă în mare parte, şi dispar încet încet, aşà că abia după 2 sau 3 săptămâni, restituţia ad integrum e complectă şi ceea ce persistă mai mult sunt: submatitatea şi diminuţia murmurului vezicular. Prognosticul maladiei lui Woillez e în genere benign; cazurile fatale sunt foarte rare; sau notat însă recidive şi une ori terminaţie prin o adevărată pneumonie.

În rezumat, această formă de congestie, e caracterizată prin submatitate difuză, prin scăderea vibraţiilor toracice, prin suflu superficial, mai mult interscapulo-vertebral şi foarte mobil, prin absenţa de raluri, prin expectoraţie gumoasă abundentă şi prin defervescenţa bruscă în a 4-a sau 5-a zi a maladiei.

Foarte alături de dânsa şi foarte asemănătoare de altfel stă: *Hemopneumonia lui Woillez sau pneumonia congestivă a lui Potain.*

Debutul şi semnele fizice sunt aproape identice cu cele ale maladiei lui Woillez; se deosebeşte numai prin aceea că suflul dispare fără ca să fie urmat de raluri, iar evoluţia maladiei e cevà mai lungă, de 6—8 zile.

O altă formă de congestie, care însă se deosebeşte cu totul de precedentele este aceea descrisă de *Grancher* în 1883 sub numele *Splenopneumonie* şi căreia mai bine i-am zice cu Parmentier *congestie pulmonară, forma pseudopleuretică* (¹);

Debutul e aproape brusc, anunţându se prin fiori repetaţi, de intensitate medie de obicei, prodromele de cele mai multe ori fiind foarte discrete.

Aproape imediat apare un junghiu, constant, adesea violent urmat la scurt interval de o dispnee puternică, care poate ajunge la extrem. Ceva mai târziu, bolnavul începe să tuşească, iar tusea revine prin accese şi e *uscată* că în pleurezie, obosind pe bolnav.

Temperatura ajunge în câteva ore la 40° şi se menţine zilele următoare pe aproape, cu remisii matinale de un grad sau de un grad şi cevà.

Bolnavul examinat la începutul maladii prezintă următoarele semne:

Submatitate, devenind repede matitate hidrică la fel cu cea a pleureziei cu exsudat, ocupând de preferinţă bază pulmonului până la jumătatea lui şi chiar mai mult.

Vibraţiile vocale sunt diminuate, dispărând complect ceva mai târziu.

Murmurul vezicular e dispărut, iar în inspiraţiile profunde se percep crepitaţii fine, superficiale, discrete; foarte repede apare un suflu uşor, care se accentuează din ce în ce, atingând complect intensitatea şi timbrul suflului tubar al pneumoniei france.

Aceste fenomene se petrec în primele zile, mai bine zis în prima săptămână, după care maladia intră în perioada aşà zisă de stadiu.

Junghiul şi dispnea, dacă nu au dispărut complect, sunt diminuate în ori ce caz atât de mult, încât, nu mai supără pe bolnav; temperatura chiar a scăzut, variind împrejurul lui 38° cu oscilaţii foarte neregulate.

(¹) In unele tratate se descrie: *forma splenopneumonică*, cuvântul *spleno* putând face să se creadă la o participară necesară a splinei în procesul maladiv.

In acest stadiu, semnele fizice s'au modificat destul de simţitor; matitatea a devenit absolută, dând perfect la percuţia sensaţia matităţii hidrice a pleureziilor cu exsudat mare; toracele e ampliat, cu 3 şi 4 cm. chiar, dar apendicele xifoid, căutat prin semnul sfoarei imaginat de Pitres, nu e de loc deviat spre partea bolnavă; mai important încă e semnul descris de Gallois; pe când în pleureziile cu exsudat mare, spaţiile intercostale sunt lărgite primind în întregime în ele pulpa policelui chiar, în splenopneumonie, cu toată această însemnată bombare toracică, spaţiile intercostale sunt atât de micşorate, încât puncţia exploratoare, chiar cu seringa Pravaz, e extrem de dificilă, nu numai pentru începători, dar chiar şi pentru practiciani emeriţi.

Vibraţiile vocale sunt complect diminuate pe toată întinderea matităţii, care poate ocupà cele 2/3 sau chiar cele 4/5 inferioare ale pulmonului atins.

Vibraţiile pe măsură ce ne apropiem de limitele matităţii, apar treptat, şi nu brusc că în pleurezie, la limita superioară a exsudatului. Murmurul vezicular e complect diminuat iar suflul, care la început erà aproape tubar, a diminuat de intensitate, devenind îndepărtat, mai mult expirator, cu timbru în *he*, cu un cuvânt franc pleuretic; pe când însă suflul pleuretic se aude mai bine către limita superioară a licidului, şi către hilul pulmonar, *suflul splenopneumoniei se percepe de o potrivă de bine adică aproape cu aceeaşi intensitate pe toată întinderea matităţii, fie la bază de tot, fie către vârf* (Méry). Cu toată această absenţă a murmurului vezicular, în respiraţiile profunde, forţate, totdeauna aproape se percep crepitaţiii fine, uscate, discrete, cari au mari analogii cu crepitaţia pleurală descrisă de Potain, semne ce nu se percep niciodată în pleurezia cu exsudat abundent. Ascultaţia vocei toracice ne dă foarte curat pectoriloquia afonă; egofonia e mai puţin clară, vocea având un răsunet bronşic mai mult sau mai puţin accentuat, e mai bine o broncho-egofonie. Când splenopneumonia atinge pulmonul stâng, spaţiul semilunar a lui Traube îşi conservă totdeauna sonoritatea normală; cordul însă e foarte uşor deviat, ca şi în pneumoniile sau congestiile întinse ale acestui pulmon; în acest caz bătăile cardiace îşi au maximul de intensitate la 4 sau 5 articulaţie chondrosternală stângă; niciodată însă nu se observă deplasări că în pleurezii, cordul trecând în partea dreaptă a sternului.

Restul pulmonului neatins, în special vârful, sub claviculă dă la percuţie un sunet scodic, timpanic, vibraţiile sunt exagerate, iar respiraţia suflantă.

In fine puncţia exploratrice, arată complect lipsa de exsudat în cavitatea pleurală

Acesta este în rezumat tabloul perioadei de stadiu, perioadă, care durează dela 10—15—18, aproape neschimbat; pe măsură ce se apropie către sfârşitul acestei perioade, temperatura începe să scadă, dimineaţa fiind 37 sau 37 şi câtevà diviziuni, seara 38, iar primul semn fizic, care începe să se modifice e suflul; din pleuretic, şi îndepărtat, el începe să se audă iarăşi mai bine câştigă în intensitate pentru a redevenì aproape tubar; la urmă apoi începe să diminueze făcând loc unei respiraţii suflante; în acelaş timp apar raluri umede subcrepitante cu bule mici şi mari expectoraţia devine mai abundentă, fluidă, muco purulentă. Vibraţiile reîncep să apară, iar matitatea face loc submatităţii, şi încetul cu încetul pulmonul îşi reià sonoritatea normală.

Acest period de declin poate durà cam o săptămână aşà că maladia în total durează 4—5 săptămâni; deşì la această dată bolnavul e afebril, deşì fenomenele generale au dispărut, deşì starea generală e bună, aşà că pacientul şi a reluat ocupaţiunile, totuşi dela această dată înainte, parte din semnele fizice: submatitatea, diminuaţia vibraţiilor şi a murmurului vezicular, ralurile subcrepitante şi expectoraţia pot persistà încă 20, 30, 50, şi chiar 80 de zile, când în fine dispar complect.

Cu toată lunga durată a maladiei, şi cu toată aparenta ei gravitate, pronosticul splenopneumoniei idiopatice e benign; proba cea mai bună e că nu există până acum nici o autopsie, graţie căreia să putem aveà şi date precize asupra leziunilor anatomopatologice.

În rezumat, această formă de congestie se distinge de celelalte în primul rând prin marea sa asemănare cu pleureziile cu exsudat mare; aceiaşi matitate hidrică, aceleaşi vibraţii diminuate, acelaşi suflu, egofonie şi pectoriloquie; se poate deosebì însă, relativ cu uşurinţă, prin: 1) vibraţii cari apar treptat şi nu brusc ca în pleurezii la nivelul licidului 2) prin existenţa crepitaţiilor pleurale, şi câtorva alte raluri subcrepitante izolate, cari nu se pot auzì în pleurezia cu exsudat mare, 3) prin ampliaţia toracică fără deviarea apendicelui xifoid, 4) prin *strâmtorarea spaţiilor intercostale*, cari abià permit practicarea puncţii exploratrice, adesea după 2—3 încercări infructuoase, acul oprindu-se în coastă, puncţie, care rămâne în definitiv semnul diferenţial cel mai sigur.

Dacă splenopneumonia atinge pulmonul stâng, ceeace e mai frecuent, se vor mai luà în consideraţie, pe lângă persistenţa spaţiului lui Traube, şi uşoara deplasare a cordului, care ar fi trebuit să fie enormă, în pleurezia cu exsudat mare; în dreapta. Mery face supoziţia numai, că nescoborîrea ficatului ar puteà fi un bun semn diferenţial.

In sfârşit, lunga durată a maladiei. dispariţia treptată şi foarte înceată a semnelor fizice, demonstrează cam tardiv poate, că afecţiunea pulmonară, nesigură în primele momente, a fost splenopneumonia lui Grancher.

O a treia formă de congestie pulmonară, interesează în mod important şi pleura şi a fost descrisă de Potain şi elevii sei Serrand şi Duflocq sub numele de *Congestie pleuropulmonară* zisă astăzi şi tip Potain.

Debutul e de obiceiu insidios, şi de abeà dacă bolnavul, care se plânge mai mult de oboseală, inapetenţă, şi aduce aminte de câţivà fiori slabi, trecuţi cu vederea; temperatura însăşi se ridică încet, fără să atingă maximele formelor precedente.

Junghiul îşi face şi el apariţia, dar e mult mai atenuat; mai des bolnavul se plânge de o durere surdă, vagă, ocupând baza pulmonului atins; dispnea şi ea se modelează după junghiu.

Expectoraţia e comună congestiilor, gumoasă, albuminoasă, destul de abundentă şi neaderentă.

Semnele fisice se aseamănă foarte mult cu cele ale maladiei lui Woillez: matitatea, care a debutat prin submatitate, ocupă de preferinţă partea posterioară a bazei pulmonare, şi cam către a 8 zi a maladiei tinde să devie hidrică. Vibraţiile diminuă treptat, spre a dispare complect, murmurul vezicular e diminuat, iar suflul, care se percepe, are caracterele suflului de congestie, dulce, superficial, cu tendinţa de a se auzì mai bine către hilul pulmonului.

Un semn, care ne face posibil deosebirea de maladia lui Woillez, este *crepitaţia pleurală* descrisă de Potain; ea e constituită de bule mici, uscate, foarte asemănătoare cu cele ale ralului crepitant; se deosebesc însă prin aceea că sunt puţin numeroase, nù se aud prin salve ci izolate, sunt mai discrete iar bulele sunt egale şi *foarte superficiale;* în fine, nu se aud decât în inspiraţiile forţate, profunde, mai ales înaintea tusei.

Această crepitaţie pleurală ne indică participarea pleurei în procesul congestiv şi în adevăr cam la 8-a zi dela debut, încep să se arate semnele exsudatului ce se produce: matitatea iea caracterul hidric, murmurul vezicular dispare complect, suflul iea timbrul pleuretic, crepitaţiile pleurale devin şi mai rare şi apoi dispar complect, în sfârşit pot apăreà pectoriloquia şi egofonia.

Prin urmare acestei forme de congestie putem să-i descrim două stadii, unul pulmonar, durând aproximativ o săptămână, în cari semnele clinice sunt cele ale maladii lui Woillez, şi un al doilea stadiu pleural, caracterizat prin semnele proprii exsudatului, durând aproape tot atâta.

De remarcat însă e faptul că aceste exsudate nu iau decât foarte rar proporţii mari; în marea majoritate a cazurilor, lichidul formează o lamă subţire, ce se ridică în sus pe suprafaţa pulmonului, acesta fiind încă congestionat, e destul de greu spre a se cufundà în lichid; şi adesea puncţia e necesară spre a demonstrà prezenţà exsudatului bănuit. Defervescenţa se face de obicei în lisis, iar pacientul după două săptămâni de boală, remâne foarte slăbit, debilitat, deşi fenomenele observate în cursul maladiei nu ne explică tocmai destul de suficient această sleire profundă a organismului.

Exsudatul se resoarbe încetul cu încetul, iar semnele fizice ale congestii: submatitate, vibraţii diminuate, murmur vezicular abolit şi câtevà raluri subcrepitante, pot persistà ca în toate congestiile încă multă vreme.

Diagnosticul acestei forme, este destul de delicat, maladia putând fi confundată în primul rând cu tipul Woillez, de care nu poate fi deosebită decât prin crepitaţia pleurală şi apoi prin apariţia exsudatului; în al doilea rând cu o pleurezie seroasă cu exsudat mic; cum adesea pleureziile seroase sunt însoţite de un uşor grad de congestie pulmonară, din punct de vedere a pronosticului, e important ca medicul să cunoască bine această formă. E demonstrat astăzi că congestiile idiopatice sunt provocate în special de pneumococi, mai puţin de streptococi, stafilococi, tetrageni şi mai rar de bacilul Koch; din contră, pleureziile seroase sau serofibrinoase, sunt mai toate de natura tuberculoasă; noţiunea această de pleurezie seroasă s'a legat, la cei mai mulţi medici atât de intim ca cea de tuberculoză, încât ori ce pleuretic aproape, e considerat şi tratat ca un tuberculos.

Cum existenţa exsudatelor pleurale, de altă natură decât cea tuberculoasă nu mai poate fi pusă la îndoială astăzi, de aceea medicul trebue absolut pentru stabilirea exactă a pronosticului, să recurgă la cea ce nu-i poate da clinica, la examenul istologic şi bacteriologic al exsudatului (citodiagnosticul, culturi, inoculaţii la animale.

Ajunşi la sfârşitul acestei scurte expuneri, mulţi din cei cari au citit în special tratatul de patologie al lui Dieulafoy, o să se mire cum de nu am pus între tipurile principale şi fluxiunea de piept a şcoalei din Montpellier, căreia dânsul, îi consacră un capitol special după o serie de considerente speciale.

Observând, că termenul de *fluxion de poitrine*, nu mai e întrebuinţat astăzi, se ridică contra contopirii, ce se face între congestiile pulmonare şi fluxiune şi cearcă să îi redeà acestei din urmă situaţia independentă în clinică.

Termenul de *fluxion de poitrine* a fost întrebuinţat în special în 1864 de Dupré din Montpellier. Grasset în 1874, confirmând vederile lui Dupré defineşte „L'élément fluxionaire est une modalité pathologique, élémentaire, de l'unité vivante, en vertu de laquelle l'équilibre habituel de distribution des liquides dans l'économie est rompu au profit d'un organe donné ou d'une série d'organes...... Il y a fluxion pathologique quand la maladie, primitivement générale, se localise sur une région où elle fait affluer le sang et l'action nerveuse (¹).

Arătând caracterele fluxiunei, insistă asupra: 1) întinderii leziunilor în suprafaţă şi nu în profunzime, 2) asupra rapidităţii desvoltării şi evoluţii maladiei, 3) asupra facilităţii de propagaţie prin continuitatea ţesuturilor.

Dieulafoy o defineşte cevà mai simplu: à côté des phlegmasies franches de l'appareil respiratoire, telles que la pneumonie la broncho-pneumonie, la pléuresie, la bronchite (omite congestiile) il y a d'autres états morbides, mixtes et bâtards, dans lesquels les *éléments hypérémiques* et *phlegmasiques sont diversement combinés, et que par un accord tacite, on avait nommés fluxions.*

(¹) Grasset citat de Marfan în *Traité de Médecine* Bouchard-Brissaud.

Această definiție, e reprodusă stereotip în toate părțile aproape, căci e foarte greu de găsit cevà mai sonor, mai concis, și mai vag; punctul clar ce rezultă însă e că avem fluxiuni și nu fluxiune.

Cu toate acestea, analizând exemplele date de Dieulafoy, se va vedeà că fluxiunile nu sunt decât variante de congestii pulmonare apropiate sau de tipul Woillez sau mai mult încă de tipul Potain. .

O scurtă descripție clinică va fi și mai demonstrativă.

După câțiva fiori de frig, pacientul e lovit de un junghiu violent, tusă, dispnee; la auscultație, raluri de bronșită, și frecături pleurale; cevà mai târziu apare un exsudat pleural. La alt bolnav, pe lângă bronșită și frecături pleurale, se găsește și submatitate respirație suflantă, bronchofonie; sputa a fost striată de sânge la început, temperatura a atins 39°, totuși maladia se vindecă în câtevà zile.

La altul, submatitatea e inlocuită prin matitate, temperatura atinge 40°, există suflu, raluri crepitante, bronchofonie, spute sanguinolente; dar însuși Dieulafoy zice: suflul nu e tubar, bronchofonia nu e bronchofonia pneumoniei, și chiar ralul citat nu e așà de uscat și fin ca al pneumoniei; acestea sunt tipuri de fluxiuni. Care cititor acum nu recunoaște în unul din ele maladia lui Woillez sau pe cea a lui Potain?

De altfel, Dieulafoy după cum la capitolul congestiilor pulpulmonare, nu face deosebire decât între congestii active și pasive, nefăcând diferența între cele active de sine stătătoare și cele secundare tuberculozei, febrei tifoide, paludismului, reumatismului, tot așà la capitolul *fluxion de poitrine* pune alături pe cea idiopatică citând pe Woillez, cu cea care apare în decursul gripei„ a febrei catarale, născute în mijlocul condițiilor exterioare (circumfuza) cari crează constitutțiile medicale (Dupré, Grasset)“!

BIBLIOGRAFIE

1) **H. Mery.** Art. Congestions Pulmonaires in *Traité de médecine*. Brouardel-Gilbert.
2) **Marfan.** art. Congestions Pulmonaires în *Traité de médecine*. Bouchard Brissaud. II ed.
3) **Parmentier.** art. Congestions Pulmonaires în *Manuel de médecine* Debove-Achard.
4) **Dieulafoy.** *Manuel de Pathologie interne* X ed.

5) **Carrière.** Congestion idiopathique pulmonaire. *Revue de médecine* 1898.

6) **Grancher.** Maladies de l'appareil respiratoire 1890.

7) **Grasset.** *Leçons de clinique médicale.* 1896.

8) **Potain.** Congrès de Rouen. 1883.

9) **Duflocq.** Congestion pleuro-pulmonaire. 1899.

10) **Ion Nanu Muscel.** Contribuţie la studiul pneumopatielor pneumococice atenuate. 1899.

11) **Carrière.** Bacteriologie des congestions pulmonaires dites idiopathiques *Presse médicale* 26 Janvier. 1888.

12) **Caussade et Laubry**. Congestion pulmonaire à forme splenopneumonique remarquable par sa durée . . . . *Soc. méd. Hôpit.* 10 Mars 1899.

13) **Stoicescu şi Bacaloglu.** Un caz de spleno-pneumonie *Spitalul* 1904.

14) **Gallois.** *Bulletin Médical.* 1904.

Dr. Marta Trancu-Rainer.

PARALIZIA UTERULUI NE-GRAVID

I.

Curetajul cavităţii uterine este una din cele mai banale operaţiuni ginecologice, practicată aproape de ori-ce medic. Indicaţiunile ei sunt nete şi multiple, tehnica uşoară, accidentele puţine şi bine cunoscute.

Ori iată că profesorul *Kossmann* (1) din Berlin, insistă în 3 publicaţii asupra unui fenomen observat *în timpul raclajului la uterele ne-gravide* şi pe care-l denumeşte „*paralizia uterului ne-gravid*“. Pasagiile relative la aceasta din „Ginecologia generală“ a acestui autor, au provocat în literatura ginecologică germană apariţia unei serii de articole. Rezultatul a fost lămurirea, pe cât se pare definitivă, a acestui fenomen deosebit de interesant, atât din punct de vedere *teoretic* cât şi din cel *practic*, ridicarea lui la rangul de fapt ştiinţific.

II.

Iată cum se înfăţişază acest fenomen:

După primele mişcări ale curetei, constatăm de odată că fundul uterului a dispărut dinaintea instrumentului. Dacă la începutul intervenţiei am măsurat o cavitate, de pildă de 7 c.m., acuma cureta se înfundă până la o distanţă de 10, 12, c.m. şi mai bine, fără a da de fundul uterului.

---

(1) Münch. med. Woch. 1900. No. 12. — Centr. f. Gyn. 1904, No. 44. — Allgemeine Gynäkologie. Berlin 1903.

Prima impresie e că am perforat uterul,

Ii adevărat, că nu s'a perceput nici o sensaţie de rezistenţă, asta însă nu exclude perforaţia. (1) Dacă (siguri fiind de asepsia cavităţii uterine) rezistăm impulsiunii de a retrage imediat cureta şi o împingem cu prudenţă, dăm de fundul uterului, care într'un caz extrem s'a găsit la 18 c.m.—Prin palpaţie bimanuală să ajungem a simţì, capătul ei în contact cu faţa internă a peretelui abdominal, cum se întâmplă în cazurile de perforaţie, căci e oprit mai nainte de fundul uterului. —Imprimând acuma instrumentului mişcări de lateralitate, constatăm că trebue ă dăm o amplitudine însemnată acestor mişcari, până să dăm de pereţii cavităţii. Intr'un cuvânt cavitatea a suferit o mărire însemnată în toate dimensiunile ei.

In legătură cu aceasta, pereţii au devenit flasci, depresibili, „fug“ de curetă, organul s'a transformat într'un sac cu pereţi subţiri. Uterul parc'ar fi de cauciuc, zice Doléris.

Această stare nu ţine decât câteva secunde. Ea e urmată repede de o stare de contracţiune a uterului, cu revenirea la calibrul normal, aşà în cât 2 histerometrii consecutive pot da una d. ex. 14 c.m. şi alta 7 c.m.

In unul din cazurile sale Kossmann a făcut laparatomia, crezând că a făcut o perforaţie şi a constatat starea de integritate a uterului.

E de notat că „le cri utérin“ nu se percepe, decât din momentul ce cavitatea s'a micşorat şi pereţii s'au contractat (2).

---

(1) Schaeffer a putut perforà un uter cu un dilatator Fritsch No. IV, fără a percepe cea mai mică senzaţie de resistenţă. *Zentr. f. Gyn.* 1905. No. 40.

(2) Acest zgomot caracteristic nu e datorit faptului, că cureta isprăvind cu ridicarea mucoasei uterine, a ajuns *în sfârşit* pe musculară: fiecare trăsătură de curetă ridică mucoasa în toată grosimea ei, iar nu pătură cu pătură—ci faptului, că cureta cade pe o musculară contractată în mod puternic (van Tussenbroek) şi care fiind în această stare, prezintă nişte creste fine (Schaeffer, Heidelberg) iar marginea curetei, trecând peste aceste creste produce „ţipătul uterin“, spune Schaeffer, printr'un mecanism cu totul analog acelui realizat în aparatul muzical, de pildă, al greerului.

III.

Fenomenul descris în rândurile cari preced, de sigur e surprinzător: Strassmann (Berlin) (1) l'a caracterizat drept ceva „novum atque inauditum". Totuşi, el nu e prea rar. Fiecare dintre ginecologii, cari au mai luat cuvântul în această chestiune, a observat câteva asemenea cazuri, cel puţin două. Nu numai atâta. Inaintea lui Kossmann chiar, Doléris, Geyl, Beuttner, au publicat observaţii la fel, fie de-a dreptul sub titlul de „paralizie", fie sub acela, de „un mod de a se comportà particular al uterului" (Beuttner) (2). Publicaţiile lor n'au avut răsunet. E adevărat că tratatele de ginecologie (Veit, Schröder, Fritsch, Labadie-Lagrave et Legueu) nu pomenesc nimic despre faptul, care ne ocupă. Numai în tratatul lui Pozzi, atât în ediţia din 1890 cât şi în cea din 1905, se vorbeşte de observaţia lui Doléris, respingându-se interpretarea acestuia. In sfârşit a mai rezultat din discuţia, de care ne ocupăm aici, că mulţi ginecologi au observat destul de deseori, alţii chiar *foarte deseori*, în timpul curetajului, lungiri *ale cavităţii uterine*, *de mai mică însemnătate*, *cam de vre-o 2 c.m.*

---

(1) Strassmann, într'o dare de seamă apărută în «*Berliner klin. Woch*». 1904. despre cartea lui Kossmann „Allgemeine Gynaekologie" (Berlin, 1903), emisese opinia, cum că concepţia acestuia despre „paralizia uterului ne-gravid" ar fi o erezie periculoasă şi că observaţiile respective ar trebuì interpretate ca perforaţii uterine fără urmări. De acì a pornit polemica cu Kossmann. Diferiţi ginecologi au ţinut cu acest prilej să comunice modul lor de a vedeà (vezi literatura la sfârşit).

(2) Doléris, Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie. 1887, p. 121. In cartea sa „Métrite et fausses métrites", apărută în 1902, pag. 42 are o descripţie clară a fenomenului în chestie.

Geyl, Archiv f. Gynäkologie, Bd. XXXI, 1887, p. 276, a publicat, 5 cazuri; se raportă şi la articolul lui Doléris.

Beuttner, Zentralblatt f. Gynäkologie 1897, No. 42. Odebrecht în aceeaşi revistă No. 49 din acelaşi an, a contestat interpretarea lui Beuttner. Lui Kossmann, deci, nu i se cuvine prioritatea, dar al lui e meritul, de a fi eliminat hipoteza unei perforaţii graţie laparatomiei făcute imediat.

IV.

Strassmann (1) s'a ridicat în contra *posibilității* unei măriri brusce așà de considerabile și care să retrocedeze, aproape imediat bazându-se pe considerații de *ordin anatomic* și de ordin *fiziologic*

A.

E imposibil de conceput fără preexistența unei vătămări acutisime, a țesăturilor, afirmă Strassmann (1), o întindere bruscă a endometriului, a miometriului și a peritoneului până într'atâta, încât lungimea uterului s'ajungă îndoit de mare; căci e cunoscută marea rezistență la tensiune a uterului negravid. Kossmann (2), van Tussenbroek (3) răspund la aceasta, că n'avem cuvânt să stabilim o deosebire radicală, în ceea ce privește extensibilitatea rapidă, între *mucoasa* și *seroasa* uterină și acelea ale altor organe cavitare, cum ar fi de pildă, stomacul, ori bășica udului.

Cât despre *miometriul*, dispoziția elementelor sale musculare e astfel, încât permite unui uter *puerperal* să-și poarte fundul —aproape dintr'o clipă într'alta—dela mijlocul distanței dintre simfiză și ombilic până în epigastru (4). N'avem nici un motiv de a admite, că dispoziția lor ar fi alta în uterul *ne-gravid*, nici că fibra musculară netedă, aici, și-ar fi pierdut însușirile caracteristice (5).

Nici sistemul lui vascular, în special cel arterial, nu poate fi o piedică; după cum rezultă din cercetările făcute de *Freund* (1) *Keiffer* (2) vasele sunt adaptate la schimbări rapide de volum ale uterului.

---

(1) Paralyse des nicht schwangeren Uterus? Zentr. f. Gynäkologie. 1905, No. 3.

(2) Paralyse des nicht schwangeren Uterus. Schlusswort. Zentr. f. Gynäkologie, 1905, No. 8.

(3) Ueber wechselnden Tonus des Gebärmuttermuskels **mit Bezug auf die Gefahr einer Perforation bei der Curettage.** Zentr. f. Gynäkologie, 1905, No. 34.

(4) În cazul când starea de *tonus mijlociu*, corespunzătoare unei pauze de contracție e urmată de o stare de atonie.

(5) *Kossmann* art. cit. Zentr. f. Gyn. No. 8. se referă la cercetări făcute de Grünhagen și publicate în arhiva lui Pflüger 1875. p. 165, din care rezultă că sfincterul pupilar, la diferite animale, poate reacționà la excitații când cu o contracție, *când cu o elongație*, după împrejurări.

B.

Discuţia laturei fiziologice a chestiunii a aruncat o lumină vie asupra condiţiilor şi asupra modului cum se manifestă însuşirile de tonicitate ale peretelui uterin.

Obiecţia de ordin fiziologic a lui Strassmann se rezumă în afirmarea, cum că nu se cunoaşte în organism ceva comparabil acestui fenomen de *atonie*, de *paralizie;* acest autor, în special nu cunoaşte o asemenea stare nici la uterul *gravid*, nici la cel *puerperal*, căci aici, tot după dânsul, nu se poate constata decât ori starea de *contracţie*, ori cea de *pauză de contracţie* (de tonus mijlociu).

La aceasta răspunde Kossmann, raportându-se, cu drept cuvânt la experienţa *ori cărui* mamoş (3). Intr'adevăr obiecţia lui Strassmann e neintemeiată.

---

(1) *R. Freund.* Zur Lehre von den Blutgefässen der normalen und der kranken Gebärmutter. Jena 1904. cit. după van Tussenbroek.

(2) *Keiffer.* Bulletin de la Société Belge de Gyn. et d'obstétrique. 1898. cit. după van Tussenbroek. Acelaş autor într'o altă lucrare intitulată: Recherches sur la physiologie de l'utérus. Bruxelles 1896, a studiat la căţea reacţiunele motrice ale uterului gravid şi ne-gravid, datorite la diferite excitaţii foarte variate. Mişcările sunt şi ele foarte variate, când lungiri, când scurtări, in toto, ale organului, ori inflexiuni în dreapta, în stânga; uneori ele sunt limitate la o porţiune din uter. Cele mai multe feluri de excitaţii determină *contracţii*, unele însă determină *relaxări*, de pildă excitaţia capătului central al nervului crural. Distrucţia măduvei lombare, anemia acută, produc de asemenea *relaxarea totală* a uterului.

(3) Zentr. f Gyn. 1905. No. 8. Iată textual expunerea lui: e vorba de uterul gravid, golit în parte: Starea normală (a uterului) după explusiunea complectă a produsului de concepţie, e aceea de un oare care tonus mijlociu, de o stare de contracţie moderată, care ne permite ca prin palpare să determinăm *net* marginele organului, care ajunge cam până la mijlocul distanţei dintre simfiză şi ombilic.

Această stare de *pauză de durere* e deosebită în modul cel mai net de *starea de durere*, — de către lăuză, graţie senzaţiei ei subiective, — de către medic graţie simţului tactil al mânei sale, rămasă în aşteptare pe pereţii abdominali; cea din urmă e o stare, trecătoare, de contracţie mult mai puternică, tetanică. Tot aşà de lezne însă se deosebeşte de starea de *pauză de durere* şi starea de *atonie* ori *paralizie* (ceia ce se numeşte la noi, după francezi, starea de *inerţie).*

Dar *realitatea* fenomenului surprinzător de care ne ocupăm, fiind stabilită, graţie acordului unor observatori serioşi, ni se pare inutil de a intrà în amănuntele discuţiei despre *posibilitatea* lui. Ceea ce e mai important, e elucidarea şi clasarea lui care s'a putut face pe baza cercetărilor experimentale ale lui, Schaeffer (Heidelberg) (1). Acest autor de ani se ocupă cu reacţiunile motrice şi vazomotrice ale uterului (vezi bibliografia). In general aceste reacţiuni sunt identice, din punctul de vedere calitativ, la uterul gravid ca şi la cel negravid. Pe acesta din urmă, Schaeffer a constatat că o dilataţie artificială (forţată ori lentă) (2) a orificiului intern al colului, nu e urmată imediat de o contracţie a organului, ci de o *umflare în formă de balon*, o mărire în toate sensurile. Tonusul însă nu e scăzut în mod sensibil; forma organului e *stabilă*, consistenţa lui e ca a unui uter gravid în prima lună: fundul şi pereţii formează reazămul organului, pe când coarnele atârnă ca nişte pungi flasce.

Atitudinea organului a devenit *mai flexibilă,* din cauza relaxărei legăturei dintre corpul şi colul lui, în tocmai cum se petrece in timpul facerei. Din această cauză uterul lesne poate cădeà în anteflexiune ori retroflexiune, şi asta fie în mod spontaneu, fie în mod provocat; poate rămâneà într'una din poziţiunile aceste mai mult timp, ori să oscileze între ele, după atitudinea corpului.

Fundul uterului ea o formă *boltită*, similară aceleia pe care o ia în timpul contracţiunilor gravidităţii; dacă se continuă

Când avem a face cu evacuarea unui *avort*, atunci putem constatà că şi aici nu se stabileşte *un tonus normal persistent* decât atunci, *când s'a depărtat din uter ultimul rest al produsului de concepţie*. In caz, dacă a rămas un fragment, atunci chiar dacă prin mijloace ca masagiul, irigaţia etc. obţinem tonusul mijlociu ori chiar o contracţie, totuşi după câteva *minute*, ori *sferturi de oră* ori *ore*, apare din nou atonia, manifestată prin reînceperea emoragiei.

Dar chiar *simpla reintroducere a curetei ori a isterometrului* într'un uter, care fiind golit pe deplin, se află în starea de tonus normal, provoacă, după cum lesne se poate convinge ori cine, aproape totdeauna, o ataxie cu reînceperea emoragiei. Aceasta arată că paralizia uterului puerperal poate fi determinată, nu numai de retenţia unui rest ovular, ci *şi de un alt corp străin*

(1) Zentralbl. f. Gyn. 1905. No. 40. Wechselnder Tonus der Gebärmutter auf intra-uterine Reize hin.

(2) S'a insistat mult in cursul discuţiei asupra rolului determinant al acesui factor în geneza fenomenului discutat.

acţiunea iritantă (curetaj, tamponare) el ajunge să dobândească forma de cupolă, care persistă în genere atât timp, cât persistă iritaţia endometrului; pericolul emoragiei intra-uterine persistă şi el cât timp ţine forma de cupolă, fie chiar însoţită de o stare de tonus mijlociu. *În acelaş timp însă poate să apară şi o stare de flacciditate a uterului, astfel încât cavitatea lui în total să ajungă la o lungime de 11—12 c. m.* (1) Această flacciditate e aşà de pronunţată, încât deseori cu o curetă boantă putem *deprimà mult* păretele uterin, pe când în starea precedentă de tonus mijlociu, puteam imprimà curetei mişcări de o amplitudine însemnată, dar ne dam seamă, că cavitatea în care le executăm are *o configuraţie regulată* şi păreţi *consistenţi* şi *elastici.*

Un uter, care a avortat nu de mult, prezintă aceste fenomene cu o intensitate deosebită: odată ajuns în starea de flacciditate, păretele său se lasă deprimat de un instrument bont, într'un grad potrivit cu mărimea la care ajunsese organul gravid. Schaeffer bănuieşte chiar, că în cazurile de atonie foarte însemnată, observate de Kossmann, s. d. a., a fost vorba de utere, care cu câteva săptămâni mai înainte avortaseră în limitele primului termen de menstruaţie. Examenul miscroscopic în acest caz poate să nu mai dovedească nimic.

In rezumat, iritaţia orificiului intern al gâtului uterin determină desfăşurarea unui fenomen automatic, indentic la uterul ne-gravid ca şi la cel gravid.

V.

Importanţa practică a chestiunii de care ne-am ocupat rezultă din faptul, că un părete uterin flasc se poate lesne perforà. Se impune dar o deosebită atenţie în executarea intervenţiilor ginecologice intra-uterine, în sensul, că vom căutà să ne dăm seamă de *orice schimbare de tonus* a păreţilor uterului, de schimbările dimensiunelor cavităţii lui. Schaeffer a stabilit categoriile de utere, predispuse la stările de atonie (2). Ele sunt aceleaşi despre care se ştia de mai mult, că sunt predispuse şi la perforaţie.

---

(1) După cum se vede, cifra dată de Schaeffer, e relativ mică.

(2) Zentr f. Gyn. 1905, No. 40 Wechselnder Tonus der Gebärmutter auf intra-uterine Reize hin. Aceste categorii sunt în număr de 6: 1) Uterile multiparelor anemice; 2) uterile întâi hipoplastice şi care după un avort ori o facere rămân subinvoluate; 3) orice fel de utere care se află în stare de sub-

Când vom aveà de curetat un asemenea uter, *vom evità de a face dilataţia prealabilă,* nu numai cea lentă, dar şi cea bruscă (1), pentru a înlătură iritaţia orificiului intern; explorarea nu o vom face cu isterometrul ordinar, ci cu o curetă mică, care să n'aibă capătul — nu ascuţit — nici măcar rotunzit, dar plan, şi perpendicular peretelui uterin (Schaeffer).

In caz dacă apare atonia uterului, Kossmann, van Tussenbroek nu se lasă împiedicaţi de a duce la sfârşit (cu prudenţă) intervenţia începută. Acestei atonii nu întârzie de a urmà o stare de contracţie energică. *Schaeffer* e de opinie, de a nu se supune un asemenea uter paralitic nici unui tratament mai intensiv, (cauterizare, vaporizare, irigaţie chiar), ci propune să se tamponeze, să se aştepte restabilirea unui tonus mijlociu normal, de a curetà cu prudenţă extremă şi de a tamponà din nou.

LITERATURA

(1) **Doléris.** *Nouvelles archives d'obst. et de gyn.* 1887.

(2) **Geyl.** *Archiv für Gynäkologie,* 1887. Vol. 31.

(3) **Beuttner.** *Zentralblatt für Gynäkologie,* 1897. No. 42.

(4) **Odebrecht.** „ „ „ 1897. No. 43.

(5) **Van der Mey.** Darea de seamă a şedinţelor societăţii ginecologice nederlandeze. Şedinţa din 9 Iunie 1894.

(6) **Kossmann.** *Münchener med. Wochenschrift.* 1900. No. 12.

(7) **Doléris.** *Métrite et fausses métrites.* Paris 1902.

(8) **Schaeffer.** Congresul medicilor şi naturaliştilor germani. Hamburg 1901.

(9) **Schaeffer.** *Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie.* Vol XV. Fascicol suplimentar, p. 430.

(10) **Kossmann.** *Allgemeine Gynäkologie.* Berlin 1903.

(11) **Strassmann.** *Berliner klin. Wochenschrift,* 1903, p. 270.

(12) **Kossmann.** *Zentralblatt für Gynäkologie,* 1904, No. 44.

(13) **Strassmann.** „ „ „ 1905. No. 3.

(14) **Kossmann.** „ „ „ 1905, No. 8.

(15) **Asch.** *Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie.* Vol. 18. p. 341.

(16) **Van Tussenbroek.** *Zentralblatt für Gynäkologie,* 1905, No. 34.

(17) **Kossmann.** „ „ „ 1905, No. 41.

(18) **Asch.** „ „ „ 1905, No. 41.

(19) **Schaeffer.** „ „ „ 1905, No. 44.

(20) **Pozzi.** *Traité de Gynécologie I,* ediţia 1890 şi ultima ediţie 1905. Vol. I.

---

involuţie de mai mult timp; 4) uterele cu miometrită edematoasă; 5) uterile după avorturi cu emoragii persistente (chiar luni de zile după avort); 6) uterele din cazurile de anexite grave şi de kistoame ovariene (în special cele papilare), cu metroragii.

(1) Kossmann Nochmals zur Paralyse des nichtschwangeren Uterus.

R. Asch, Die Erschlaffung des nichtschwangeren Uterus. Ambele articole in Zentr. f. Gyn. 1905 No. 41. Aceşti autori nu dilată mai nici odată colul uterin, ci se servesc de o curetă potrivită. Asch (l. c.) e de opinie, că şi anestezia predispune la starea de atonie uterină

REVISTE ANUALE

Dr. C. PARHON.

REVISTA ANUALA DE NEUROLOGIE.

I.

(ISTOLOGIA ŞI ANATOMIA MICROSCOPICĂ NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ A SISTEMULUI NERVOS).

Sarcina de a scrie o revistă generală asupra lucrărilor făcute pe terenul neurologiei în cursul unui an, nu mi-se pare din cele mai uşoare mai cu seamă la noi în ţară.

Lucrările ce se fac în fiecare an pe acest vast şi frumos teren, sunt în număr foarte mare. Cele mai multe dintre ele constituesc un progres real al cunoştinţelor noastre în această materie. Dar e de sigur imposibil ca un singur om să le citească pe toate, în original mai cu seamă, iar analizele sunt adeseori insuficiente. In afară de aceasta, nu e un secret pentru nimeni din cei ce lucrează la noi, în oricare din ramurile medicinei şi a ştiinţei în general, dificultatea cercetărilor bibliografice. Aceste fapte vor explicà pentru ce actuala revistă va fi forţamente incomplectă. Cititorii vor binevoi să scuzeze pentru aceasta pe autorul ei.

Marele număr de lucrări făcute asupra diferitelor chestiuni de neurologie, face necesară o diviziune a revistei în cel puţin două părţi, una privitoare la istologia şi anatomia microscopică a sistemului nervos în stare normală sau patologică, parte pe care o vom tratà acum, şi o alta referitoare la clincă, cu care ne vom ocupà în numărul viitor.

Anul 1905 fiind încă în curgere, mi s'a părut preferabil a mă limità acì, la lucrările făcute în 1904.

Citologie. Voiu începe cu expunerea lucrărilor de citologie nervoasă făcute în anul precedent.

Teoria neuronului atât de simplă pe cât de clară și de utilă în interpretarea fenomenelor nervoase normale și patologice, a suferit în ultimul timp lovituri puternice în cât un moment s'a putut crede că va fi doborîtă. Sub influența cercetărilor lui Bethe, Apathy, se păreà că independența celulelor nervoase unele de altele erà bazată pe o observațiune insuficientă, că ar existà legături dacă nu într'o celulă nervoasă cu cele vecine cel puțin între fibrilele nervoase cari după acești observatori ar fi elementul principal din sistemul nervos, element mai mult sau mai puțin independent de celula nervoasă al cărui rol erà lăsat pe al doilea plan.

Cercetările relative la regenerarea nervilor au adus un sprijin adversarilor neuronului. Ele au venit să arate, ceeace pare a fi azi un fapt stabilit că fibrilele nervoase se pot formà în capătul periferic al unui nerv secționat în mod independent de capătul central sau cel puțin că aceste fibrile nu sunt continuarea acelora din cilindrul ax al firelor capătului central.

Bazat pe cercetările sale relative la regenerarea autogenă într'un caz de rezecțiune a medianului la om, pe ceea ce el numește degenerescența retrogradă, pe alterațiunile inegale în diferite puncte ale unei fibre nervoase în unele nevrite, pe discordanța aparentă cel puțin, ce există în unele cazuri între leziunile celulelor radiculare și acele ale fibrelor din rădăcinile corespunzătoare sau din nervii periferici Durante 1) într'o serie de articole caută să înlocuească concepțiunea *monocelulară* a neuronului ca unitate anatomică și funcțională în acelaș timp, cu concepțiunea *pluricelulară, a neurului* sau lobulului nervos în care, dacă regăsim unitatea funcțională cea anatomică lipsește. Tot printre adversarii neuronului vom cità pe Joris 2) care a dat o nouă metodă de colorațiune constând în întrebuințarea aurului coloidal după fixarea într'unul din amestecurile cunoscute și tratarea cu o soluție apoasă de molibdat de amoniac 5 %.

Pe baza cercetărilor făcute cu această metodă, autorul conchide că: 1) a) neurofibilele formează o rețea intracelulară; sau că b) străbat celula fără a se anastomozà, c) o parte din neurofibrile, în unii neuroni, formează o reţea centrală pe când altele străbat celula fără a se mai subdivide.

2) In prelungirile celulare nu toate neurofibrilele converg către celulă, ci unele pot să o evite:

a) Străbătând un trunchiu protoplasmic important.

b) Parcurgând numai ramificaţiunile îndepărtate.

3 *In afară de celulă.* Neurofibrilele nu se termină ci es din celulă pentru a formà în substanţa griză reţelel extracelulare şi mai rar pentru a trece într'un alt neuron după un traect mai mult sau mai puţin lung. In ambele cazuri neurofibrilele leagă neuronii între ei prin *continuitate.*

Kronthal [3]) publică în *Archiv für Psychiatrie* un articol ale cărui concluziuni mai mult decât paradoxale, vor surprinde desigur pe mulţi. Bazat mai cu seamă pe coloraţiunea granulaţiunilor din corpul celulei, colorabilitate ce aminteşte pe aceea a nucleului altor celule, acest autor admite că celula nervoasă e formată din unirea a mai multor alte mici celule, cari ar fi celule albe indiferente. Opiniunea aceasta ar fi şi aceea a lui Henle, Merkel, Schwalbe. Acestei opiniuni i-s'a substituit după concepţiunea *mistică* a celulei nervoase, adică acea obişnuită, care priveşte celula nervoasă ca o unitate formată din diferenţierea unui singur element celular. In realitate celula nervoasă ar rezultà din unirea leucocitelor (!?) străbătute de fibrilele nervoase cari după acest autor n'ar fi o parte integrantă din celula nervoasă.

Deşi păreri mai mult sau mai puţin asemănătoare au mai fost susţinute, mi-se pare că abià e nevoe să mai spun că o atare concepţie ar meritù mult mai de grabă denumirea de *mistică* pe care Kronthal o dă concepţiunii obişnuite. Nu numai studiul istologiei fine a celulei nervoase dar şi acela al dezvoltării protestează în contra ideilor, desigur exagerte ale lui Kronthal. Argumentul său principal colorabilitatea granulaţiunilor din corpul celulei, n'are multă valoare. Ştim într'adevăr că într'un prim studiu al dezvoltării corpul celulei e incolor, iar în urmă apar granulaţiunile cari după Scott provin din cromatina nucleară.

Un alt observator italian Pighini [4]) în cercetările făcute asupra formaţiunii celulei nervoase la embrionii de selacieni, cercetări urmate la staţiunea zoologică din Neapole, ajunge deasemenea la concluziunea că celula nervoasă derivă din contopirea și transformațiunea a mai multor elemente.

Carlo Besta [5]) studiază geneza și modul de formațiune al celulei nervoase în măduva și protuberanța puiului de găină. După acest autor într'un prim stadiu al desvoltării nu se pot distinge în elementele șanțului neural celule nervoase și celule de susținere, toate celulele măduvei având în acest moment forma bipolară și fiind produse prin kariokineza celulelor germinative dinprejurul canalului central. Intrebuințând metoda lui Cajal se poate vedeà dejà pe la a 60 sau 65-a oră structura fibrilară. Fibrele nervoase periferice derivă din lanțuri de elemente emigrate din măduvă. Celula nervoasă *derivă dintr'un singur neuroblast.*

Substanța cromatică începe a se formà pe la a 10-a zi și apare mai întâi la periferia celulei. Intr'o altă lucrare acelaș autor se ocupă cu studiul formațiunii celulelor nervoase din ganglionii spinali la acelaș animal. Acesta ar derivà din celule emigrate din partea posterioară a tubului neural. Ultima fază a procesului migrator dă naștere lanțurilor celulare cari formează nervii sensitivi periferici.

Într'o lucrare relativă la degenerarea și regenerarea nervilor și pe care am analizat-o mai în detaliu într'altă parte a acestui număr al revistei, Modena [6]) ajunge la concluziunea că porțiunea periferică a nervului își formează pe seama ei proprie cilindrul axil, dar că regenerarea complectă nu se poate totuși face dacă cele două capete rămân neunite. Influența capătului central e deci necesară pentru regenerarea complectă.

Din contră Lugaro [7]) nu e partizan al autoregenerațiunei. Acest autor a rezecat toate rădăcinile anterioare și posterioare a nervilor lombo-sacrați făcând după aceea secțiunea sciaticului și distrugând capătul central. După 81 zile sau 3—4 luni sacrificând animalele constată inexcitabilitatea complectă a sciaticului; pe când cruralul și obturatorul erau excitabili în unele cazuri și arătau un proces activ de regenerațiune, în sciatic toate fibrele erau degenerate. De asemenea autorul a găsit fibre regenerate în rădăcinele posterioare a căror origină e după el in fibrele rădăcinelor anterioare, proveniență pe care a și putut-o pune în evidență într'un caz prin ajutorul secțiunilor seriate.

Regenerarea cruralului și obturatorului se explică după acest autor prin posibilitatea stabilirei raporturilor între cele două capete. Fibrele aşà zise autoregenerate ar proveni deci după rezultatul acestor experienţe din nervii vecini. Autorul îşi propune de a face o altă serie de experienţe în care rădăcinele anterioare să fie nu numai rezecate dar şi îndepărtate în tot traectul lor extramedular.

Modena însă precum am văzut susţine că regenerarea nervului începe în porţiunea periferică departe de locul secţiunei aşa încât se pare că nu se poate contestà participarea într'o anumită măsură a capătului periferic la regenerarea nervului.

Chestiunea nu pare a fi rezolvită în mod definitiv şi cercetări noi în această privinţă sunt absolut necesarii.

La congresul al XII-lea al societăţei freniatrice italiene, **Donaggio**, [8]) un cercetător cunoscut prin studiile sale de citologie nervoasă prezintă un raport asupra căilor de conducţiune endocelulare. Aceste căi sunt pentru autor cu cea mai mare probabilitate neurofibrilele. Fibrilele formează în interiorul celulei o reţea adevărată prin anastomozele lor.

În afara reţelei există la periferia celulei fibrele lungi. Relativ la acestea nu se poate afirmà în mod absolut dacă se anastomozează sau nu între ele. Reticulul fibrilar endo-celular e mai dens adese ori împrejurul nucleului. Unele celule n'au decât un singur sistem fibrilar, reticulul endo celular, altele au în afarà de acesta şi sistemul de fibrile lungi.

Reticulul fibrilar endo-celular e în raport de continuitate cu prelungirea cilindr-axilă ale cărui elemente fibrilare vin tocmai dela acest reticul endo-celular şi mai puţin din fibrilele lungi.

Din punctul de vedere fiziologic autorul bazat pe continuaţiunea fibrilelor din celulă cu acelea ale cilindrului axil admite ipoteza ca aceste formaţiuni reprezintă căile de conducţiune nervoasă şi sunt destinate a transmite stimulele. Reticulul intra celular la care se termină toate prelungirile, reprezintă după **Donaggio** cu probabilitate un aparat de recepţiune şi de sinteză a stimulelor venite la celulă. Contrar opiniunei lui **Bethe**, **Donaggio** consideră cu majoritatea citologiştilor celula nervoasă dotată de o însemnată valoare funcţională. Cele două tipuri celulare descrise au probabil şi o valoare fiziologică diferită. Diferitele modalităţi în dispunerea fibrilelor celulare corespund probabil la variaţiuni în mecanismul fiziologic al celulei.

La acelaşi congres Fragnito [9]) prezintă un raport despre *căile de conducţiune extracelulare.*

Concluziunile acestui raport sînt următoarele:

1) Căile de conducţiune nervoasă extracelulară nu pot fi considerate ca apendice ale celulelor ganglionare. Cercetările istologice şi experimentale, în comun acord le atribue o geneză autonomă.

2) Nu e tot aşà de demonstrată existenţa fibrelor, complect desvoltate cari să se termine, conform ipotezei lui Nissl, liber la ambele extremităţi fără ca nici una din aceaste să facă parte dintr'o celulă ganglionară.

3) Dacă se poate reţine ca demonstrată la nevertebrate existenţa aşà zisului neuropil reţea extracelulară constituită de anastomozele neurofibrilelor provenite din diferitele elemente nervoase nu se poate zice acelaşi lucru pentru vertebrate.

4) Chestiunea raporturilor între elementele nervoase, la vertebratele complect desvoltate e încă foarte obscură. Judecând, prin analogie cu ceea ce se întâmplă la nevertebrate, s'ar puteà admite că şi la vertebrate există raporturi de continuitate. Totuşi nu se poate zice că proba definitivă a fost dată.

La Pegna [10]) într'o comunicare făcută la acelaş congres se ocupă cu desvoltarea rădăcinelor spinale. Acestea se formează pe contul lor propriu provenind dintr'un lanţ de celule. Câteva fibre înpregnate cu metoda lui Ramon se văd e drept, mergând din măduvă în rădăcini dar acestea nu sunt fibrile nervoase ci fac parte din ţesutul de susţinere căci metoda lui Cajal după La Pegna nu produce o impregnaţie specifică. Şi autorul acesta e partizan al originei pluricelulară a celulei nervoase. Neurofibrilele nu încep decât pe la a 10-a zi a desvoltărei după ce elementele ce constituesc viitoarea celulă s'au contopit într'unul singur. Cercetările acestea au fost făcute pe puiul de găină. Carlo Besta admite că neurofibrelele apar în măduvă dela a 60—65-a oră a desvoltărei formând o reţea difuză. Fibrele acestea se pun în raport de contiguitate apoi de continuitate cu neuroblastele. Celula nervoasă apare prin îngrămădirea neurofibrilelor împrejurul unui neuroblast unic. Totuş modul acesta de formaţiune vorbeşte contra unităţei embriologice a celulei nervoase.

Fragnito observă că aparaţiunea neurofibrilelor pe la a 60 65-a oră admisă de Besta e contrazisă de cercetările sale ca şi de acelea ale lui Bethe, Joris, Lapegna, Ramony Cajal. Besta a lăsat piesele 5—15 zile. insoluţiunea de nitrat de argint pe când Ramon y. Cajal crede că nu trebuesc ţinute decât 2—3 zile. Fragnito crede, în aceste condiţiuni că Besta n'a pus în evidenţă decât *neurospongiul* iar nu ţesutul nervos. Acest din urmă autor crede însă că preparatele sale îl autorizează să afirme cele ce a susţinut.

Pe când teoria neuronului era lovită şi ameniţată să se prăvălească, Ramon y. Cajal [11]) autorul care a contribuit cel mai mult la solidificarea acestei teorii veni să-i aducă un nou sprijin.

Cu ajutorul metodei sale de impregnaţiune argentică arată că fibrilele anastomozate între ele în corpul celulei nu trec în nici un caz dela o celulă la alta, ci că prelungirile cilindraxile ale unor celule se pun *în contact* prin ajutorul butonilor terminali cu celelalte celule. Raportul dintre acestea se face deci, precum s'a admis în teoria neuronului, nu prin *continuitate*, ci prin *contiguitate*.

Cele mai multe din cercetările acestui autor asupra neurofibrilelor normale, au fost făcute în 1903, de aceea nu vom insistà asupra lor, vom spune însă că într'o comunicare prezintată societăţii de biologie, în 1904, Ramon y Cajal face cunoscute modificările imprimate metodei sale de impregnaţiune argentică. Cu aceste modificări se pot studia toţi factorii ţesutului nervos. Vom reproduce formulele pentru a puteà fi cunoscute de cei cari ar dorì să le încerce.

Formula pentru cilindrii axili cu mielină.

Piese de 5 milimetrii maximum (în grosime) se întăresc în alcool 96°, 24 ore până la 2—3 zile. Se reduc apoi la jumătate din grosimea lor şi se spală câteva minute în apă distilată. Se trec într'o soluţie de nitrat de argint 1.50°/₀ şi se lasă la etuvă (30—35°) 4 zile în medie. Se spală apoi în apă distilată câtevà secunde, se face reducţiunea impregnaţiunii argentice în.

Acid pirogalic sau hidroquinon 1—2 gr.
Apă distilată 100 centimetri cubi.
Formol de comerciu 5 gr.
Sulfit de sodiu pur 0 gr. 25—0.50 cent.
} 24 ore,

Se spală din nou câteva secunde cu apă distilată, se trec prin seria de alcooluri şi celoidină. Secţiunile se vor clarificà în xilol fenicat.

Cilindrii axi mielinizaţi se colorează în roşu brun. Strangulaţiunile sunt foarte impregnate. După autor e cea mai bună metodă pentru studiul cilindrului axil.

Formula pentru coloraţiunea fibrelor fără mielină şi a neurofibrilelor.

Secţiuni de maximum 3 milimetrii, $^1/_2$ grosime.

Întărire în Alcool 96° 100 cm. cubi.

Amoniac câteva picături până la 1 cm. cub.

24 ore — 2—3 zile.

Se spală câteva minute în apă destilată care se premeneşte de 2—3 ori.

Piesele se pun apoi în nitrat de argint la 50% la etuva 30—35°, 3—5 zile. Se reduc în: formol 5 cm. cubi.

Acid pirogalic 2 gr.

Apă distilată 100 cm. cubi.

Se spală câtevà secunde în apă destilată, se dishidratează etc.

Secţiunile din ambele procedee când sunt prea palide se vor virà în soluţiunea Sulfocianur de amoniac 3 gr., hiposulfit de Sodiu 3 gr.

Apă distilată 100 cm. c. la care se adaugă în momentul întrebuinţării câtevà picături din soluţiunea 1% de clorur de aur.

Substanţa griză apare în ultima metodă ca sediul unui plex de fibrile foarte numeroase. In substanţa albă de asemenea se vede o bogăţie extraordinară de fibrile longitudinale fără mielină.

Formula pentru terminaţiunile fibrelor nervoase.

Piese de 3—4 milimetri grosime se vor întări în:

Formol de comerciu 25 cm. c.
Amoniac câtevà picături 1 cm. c. } 24 ore.
Apă distilată 100 cm. c.

Se spală la un curent de apă 6—12 ore.

Se pune apoi în nitrat de argint 1—3% la etuvă (30—35°) 3 zile. Se spală în apă destilată şi se reduc ca în formula precedentă. Se spală din nou, se deshidratează, se celoidinează. Fibrilele intracelulare nu se împregnează bine; din contră plexurile pericelulare şi măciucele terminale apar foarte bine. Nucleolii apar vag, corpii accesorii apar din contra bine împregnaţi.

Autorul care împreună cu Ramon Y. Cajal a adus cele mai numeroase contribuţiuni la studiul neurofibrilelor, e profesorul Marinescu (12). De acord cu cercetările lui Ramon Y. Cajal, d-sa arată lipsa de anastomoze între neurofebrilele diferitelor celule, existenţa unui reticul neurofibrilar în interiorul celulei mai lax la periferie, reţeaua periferică, mai dens împrejurul nucleului, reţeaua perinucleară. De aseminea acest autor confirmă modul de terminaţiune sub formă de măciuci a cilindrelor — axile împrejurul celulelor cu cari se pun în legătură. Intru cât priveşte coloraţiunea fibrilelor, acest autor distinge fibrile negre ce se găsesc de regulă în micile celule ca acelea cardinale şi fibrile roşii brune ce se găsesc de regulă în celulele mari spre exemplu celulele radiculare sau acelea ale substanţei reticulare.

După ce a studiat structura normală a neurofibrilelor Marinescu se ocupă cu alteraţiunile lor în diferite circumstanţe patologice, turbare, anemie experimentală, tetanos, secţiunea. resecţiunea, ruperea sau smulgerea nervilor, paralizia generală etc. In smulgerea nervilor celula se prezintă tumefiată, colorată în roşu cărămiziu sau roşu brun, tot astfel se colorează şi neurofibrilele a căror coloare în starea normală e brună închis sau neagră. In plus neurofibrilele au un aspect granulos la animalele în experienţă. In general fibrilele din prelungiri sunt mai bine conservate. Reţeaua neurofibrilară dispare cu totul în unele celule. Nucleul, nucleolul, corpusculul accesoriu sunt palizi. Aceste leziuni le întâlnim dejà după 60 de ore dela operaţie. După un interval de timp mai îndelungat, leziunile sunt mult mai profunde, corpul celulei se micşorează şi se rotunjeşte. Fibrilele se reduc în stare de granulaţiuni şi alteraţiunile interesează atât reţeaua superficială, cât şi pe cea profundă. Numai în câtevà prelungiri se mai văd fibrile mai mult sau mai puţin normale. Fondul celulei e de obiceiu colorat în brun opac.

După ruperea nervilor unele celule se prezintă cu aspectul celor din smulgere, altele amintesc pe acele ale celulelor după secţiunea nervilor, palide, coloraţiune roşietică, stare granuloasă a fibrilelor cari sunt mai apropiate şi nu mai constituesc o reţeà aparentă. In fine în unele celule prezintă o împăslire de fibrile granuloase şi mai palide ca în starea normală şi cari circulă în toate direcţiunile. După secţiunea nervilor şi după un interval de timp se observă reparaţiunea neurofibrilelor.

Astfel după 29 de zile dela secţiunea simplă a ipoglosului, cea mai mare parte din celulele acestui nucleu sunt tumefiate şi conţin în interiorul lor fibrile uşor granuloase, colorate în roşu brun şi formând chiar uneori o adevărată reţeà. Fibrilele din prelungiri şi-au reluat aproape aspectul normal. Un oare care număr de celule prezintă totuşi o degenerare granuloasă a neurofibrilelor. Acest număr e mai mare când în loc de simpla secţiune se face rezecţiunea sau ruperea nervului. Reparaţiunea lipseşte în smulgerea nervului.

In experienţele de anemie experimentală, legătura aortei abdominale dejà după 4 ore dela întreruperea curentului circulator, nu se mai găsesc fibrile normale. După 14—17 ore dela legătura vasculară alteraţiunile merg dela simpla paloare a neurofibrilelor până la dispariţiunea lor complectă. Măciucile terminale şi fibrilele prelungirilor rezistă mai bine. In fine în turbare ca şi Ramon y Cajal, Marinescu a constatat îngroşarea neurofibrilelor, cari de altfel pot în urmă dispare cu progresul boalei.

In *tetanos* alteraţiunile interesează celulele cu fibrilele roşii lăsând intacte sau aproape pe cele cu fibrile negre. Alteraţiunile variază dela desintegraţiunea granuloasă şi fragmentarea fibrilelor până la degenerescenţa lor complectă cu paloarea extremă a corpului celulei. Canaliculele intracelulare sunt foarte dilatate. Există înplus formaţiune de vacuole.

Autorul s'a mai ocupat cu leziunile cadaverice ale neurofibrilelor Vizibile dejà după 24 ore dela moarte şi constând în desintegrarea granuloasă a neurofibrilelor sunt mult mai înaintate mai târziu aşà că după 40—60 de ore nu mai găsim decât resturile neurofibrilelor reprezentate de granulaţiuni şi bastonaşe fine.

In fine autorul s'a mai ocupat cu modificările neurofibrilelor în unele procese patologice. Astfel la bătrâni a găsit în regiunea pigmentată a celulei o reţeà de fibrile îngroşate şi colorate intens. In paralizia generală unele fibrile sunt îngroşate, altele sunt fragmentate. Coloraţiunea unora e palidă, a altora e intensă. Putem găsì desintegraţiunea granuloasă şi în stadii mai înaintate degenerescența granuloasă a fibrilelor. In acest caz fibrilele sunt reduse la nişte simple granulaţiuni împrăştiate în corpul celulei. In general vorbind, oricare ar fi procesul ce alterează neurofibrilele, se observă o deosebire de rezistenţă între fibrilele negre şi cele roşii, în avantagiul primelor.

Ballet şi Laignel-Lavastine, [13]) Marchant au găsit în paralizia generală alteraţiuni asemănătoare cu acelea găsite de Marinescu. Din contră, Dagonet n'a putut găsi modificări ale neurofibrilelor în aceiaşi maladie.

Marchand [14]) s'a ocupat cu alteraţiunile neurofibrilelor în unele maladii mentale. După acest autor in demenţă leziunile neurofibrilelor sunt foarte accentuate, atingând maximum de intensitate in demenţa paralitică iar maximum de difuziune în cea senilă. In demenţa precoce leziunile celulare sunt foarte neregulate. Alături de celule lipsite în mare parte de fibrile găsim altele bogate în fibrile. In idioţie celulele piramidale sunt puţin desvoltate dar conţin numeroase neurofibrile. In delirul acut şi confuziunea mentală se observă o dispoziţie neregulată a fibrilelor. Din contră în delirul de persecuţiune, acestea prezintă puţine alteraţiuni.

Soukhanoff [15]) într'o revistă generală a lucrărilor făcute asupra celulei nervoase în ultimii trei ani se ocupă între altele de chestiunea apendicelor colaterale. Acestea nu pot fi privite ca un produs artificial, căci ele sunt aparente atât prin procedeul lui Golgi-Ramon y. Cajal cât şi prin coloraţiunea cu albastru de metilen la om şi la animale (procedeul lui Furner sau prin fuxina acidă (Shinkishi Hataï). Tot cu chestiunea dendritelor se ocupă şi F. Geier într'o teză susţinută la facultatea de medicină din Moscova. Acest autor studiază forma, dimensiunile, modul de ramificaţiune a dendritelor celulelor din măduva spinării. Intr'o anumită perioadă a evoluţiunii lor dendritele celulelor din măduva spinării prezintă starea moniliformă care mai târziu nu se mai găseşte decât pe ramificaţiunile terminale.

Un alt autor rus Gourevitch [16]) se ocupă cu studiul dendritelor cerebeloase. Studiul cerebelului la mamifere şi păsări conduce pe acest observator la concluzia că variaţiunile sensibile nu se observă decât la celulele lui Purkinje a căror dendrite au terminaţiunile cu atât mai fine şi mai bogate, apendicele colaterale mai numeroase, mai regulate şi mai fine, cu cât aparţin unui animal mai ridicat în seria zoologică. Astfel ramificaţiunile dendritelor prezintă la pasări un alt tip decât la mamifere iar la om sunt cele mai numeroase.

Tot un autor rus Czarniecki [17]) se ocupă cu studiul dendritelor tuberculilor quadrigemeni cari diferă în tuberculii anteriori de cele ce se găsesc în cei posteriori. De asemenea există deosebiri între celulele periferice a căror dendrite scurte, inegale, cu apendice colaterale numeroase amintesc pe acelea din coarnele posterioare pe când celulele centrale cu prelungiri lungi şi netede amintesc pe acelea ale celulelor din coarnele anterioare. Vom cità încă cercetările lui Souchanoff [18]) relative la reticulul perinuclear, ale lui Shinkiski Hataï [19]) referitoare la nucleul celulelor nervoase şi în fine, acelea ale lui Cavalie [20]) asupra terminaţiunilor nervilor motori.

Souckanoff a tratat cu metoda lui Kopsch, (acid osmic 2⁰/₀ timp de câteva zile) ganglionii spinali şi a văzut un reticul perinuclear care pare identic cu cel descris de Golgi cu ajutorul metodei sale. Acest fapt că două metode diferite'l pot pune în evidenţă arată că nu e vorba de un produs artificial.

Shinkiski Hataï studiind nucleul celulelor nervoase la fătul de şoarice găseşte că într'o epocă foarte timpurie a desvoltării nucleul celulelor ganglionare spinale prezintă pseudopode îndreptate în sensul prelungirii protoplasmatice. Centrosoma situată în vecinătatea nucleului emite prelungiri ce pătrund în pseudopodele nucleului pentru a se legà cu reţeaua de lenină. Granulaţiunile lui Nissl provin, atât din difuziunea nucleinei din nucleu în corpul celulei cât şi prin emigrarea unor nucleoli accesorii în citoplasmă.

Substanţele necesarii pentru formarea nucleinei ar fi culese la periferia celulei de către razele centrosomei aduse în centrul acesteia şi trecute în urmă prin alte raze în pseudopodele nucleului. Cavalié (Soc. de Biologie 2 Fevrier. 1904) se ocupă cu desvoltarea părţii terminale a nervilor motori şi a terminaţiunilor nervoase motrice în muşchii embrionului de puiu. Concluziunea la care ajunge e ca dela a 14—17 zi există în interiorul muşchilor bande, celulare ce amintesc dispoziţiunea nervilor motori preterminali şi a terminaţiunilor nervoase motrice. Cilindrii axili şi terminaţiunile lor nu sunt puse în evidenţă prin impregnaţiunea cu clorur de aur fie că nu şi-au făcut încă apariţiunea fie că impregnaţiunea n'a fost reuşită.

Anatomia microscopică a centrilor nervoşi. Substanţa griză a măduvei spinării a făcut obiectul mai multor cercetări interesante referitoare mai cu seamă la chestiunea localizărilor. Voiu cità în primul rând o lucrare a d-lui profesor Marinescu [28]) bazată pe cercetări experimentale foarte numeroase şi în care d-sa stabileşte cari sunt grupurile celulare ce corespund pentru muşchii următori: sternomastoidian, trapez, splenius, marele complex, marele şi micul drept al capului, scalenul, lungul gâtului, angularul omoplatului, romboidul, subscapularul, supra şi subspinosul, marele rond, deltoidul, bicepsul şi brahialul, tricepsul, lungul supinator, extensorul comun, cubitalul anterior, flexorii degetelor iar la membrul inferior pentru psoas şi iliac, quadriceps, nervul obturator, muşchi fesieri, sartoriul, tensorul fasciei late, piramidalul, gemenul extern şi intern, pătratul crural, bicepsul crural, semitendinosul şi semimembranosul, extensorul degetelor, gambierul anterior, peronierii laterali, gemenii, flexorul superficial şi profund, constrictorul anal, muşchii perineului.

Un fapt interesant ce decurge din aceste cercetări e că nervii cari dau motilitatea la mai mulţi muşchi îşi trag fibrele din cel puţin atâtea grupuri celulare câte sunt segmentele membrelor la ai căror muşchi se distribuesc. Un alt fapt mai general e că centrii medulari sunt suprapuşi şi juxtapuşi în aceeaşi ordine ca muşchii corespunzători. Localizările se fac după d-sa astfel încât funcţiunea să fie bine executată în minimum de timp, cu minimum de spaţiu şi de materie.

Într'o mică notă pe care Bikeles [22]) o consacră chestiunii localizărilor spinale, ajunge la concluziile următoare. În direcţiunea sagitală grupurile în raport cu porţiuni mai proximale ale corpului sunt cele mai anterioare. În direcţiunea frontală grupurile laterale corespund muşchilor situaţi intr'o poziţiune dorsală (extensorii gambei sau antebraţului etc.) Cele interne muşchilor ce ocupă o situaţiune mai ventrală (flexorii gambei sau antebraţului.

Un loc aparte merită să fie rezervat raportului prezintat de către Sano [23]) din Anvers asupra aceleiaşi probleme congresului neurologiştilor francezi ţinut la Pau. In acest voluminos şi documentat raport (369 pagini) se va găsi starea chestiunii până în momentul apariției sale și rezumatul cercetărilor făcute până atunci din cari o parte aparțin însăși autorului, unul din promotorii cercetărilor numeroase ce se urmează dela 1897 asupra localizărilor spinale pe baza metodei date de Nissl în 1894. Analiza, acestui raport, m'ar duce prea departe. Mă voiu mărginì a cità numai concluziunile sale.

„Localizarea funcțiunilor motrice a măduvei spinării omului, răspunde diferențierei morfologice și funcționale a sistemului muscular. Fiecărui mușchiu striat îi corespunde un nucleu mădular Fiecărui grup de mușchi un grup de nuclei. Fiecărui segment de membru o zonă regulat dispusă. Membrului întreg îi corespunde totalul celor trei zone a brațului, antebrațului și mânei sau a coapsei, gambei și piciorului.

b) Cunoștințele noastre, în raport cu teritorii bine delimitate sunt suficiente pentru a puteà da o privire topografică generală. Atlasul lui Bruce ne dă descripțiunea exactă a nucleilor motori medulari. Documentele anatomo-patologice umane nu sunt încă destul de numeroase pentru a puteà arătà cu siguranță funcțiunea fiecăruia din acești nucleii.

c) Pentru măduva umană ar fi prematur să facem mai mult decât ceea ce înaintăm sub *a)*, dar pentru câine apare clar că ideile generale emise de Parhon, Brissaud și Marinescu asupra semnificațiunii funcționale, embriogenia și teleologia centrilor motori sunt riguros exacte".

La acelaș congres am prezentat eu însumi împreună cu D-r Goldstein (24) o comunicare relativă la localizarea mușchilor membrului inferior la om. Rezultatele concordă cu acelea obținute la om de Sano, Van Gehuchten cu De Buck, Nélis și De Neef, de Bruce, de Marinescu, și acelea obținute de ultimul autor și de noi înșine la animale.

Intr'o altă comunicare ce am prezentat împreună cu d-l Papinian 25) ne-am servit de metoda inversă, adică am comparat alterațiunile determinate primitiv în măduvă printr'o poliomielită anterioară acută, cu atrofiile musculare consecutive, am căutat să stabilim raportul, între mușchii degenerați și grupurile dispărute determinând câtevà localizări în măduva umană. Se știe că în cercetările citate mai sus procedeul este exact contrariul, adică se ridică mușchiul sau resecă ori secționează nervul motor și se caută reacțiunea celulară spinală consecutivă.

Grasset (26) prezintă la acelaş congres o comunicare în care susţine ipoteza unor centrii spinali *supranucleari* un fel de centri coordinatori ai nucleilor motori propriu zişi, şi a căror distribuţiune e *segmentara* (în raport cu diferitele segmente ale membrelor). Partea ipotezei în această comunicare e însă prea mare şi în plus înţelesul pe care Grasset îl dă acestor centrii segmentari diferà complect de acela dat de Brissaud, Van Gehuchten, şi De Neef pentru cari însăşi nucleii motori ar aveà o distribuţiune periferică segmentară.

Pentru a terminà cu chestiunea localizărilor motrice vom mai cità o lucrare a lui Lapinsky 27) după care fiecare muşchiu şi-ar primì fibrele dela mai mulţi nuclei medulari, şi fiecare nucleu ar fi în raport cu muşchii mai multor segmente de membru. Localizările după acest autor ar fi *funcţionale;* dar înţelesul pe care-l atribue acestui cuvânt diferă cu totul de acela în care l'am întrebuinţat eu însumi împreună cu Goldstein. Autorul admite în plus legile spaţiului, timpului şi materiei atribuindu-le lui Ramon y Cajal deşi ele au fost aplicate în chestiunea localizărilor spinale de Marinescu. Nu vom discutà mai mult partea teoretică a lucrării lui Lapinsky, căci pot afirmà că acest autor a ajuns la concluziuni greşite întru cât priveşte faptele însăşi. Intr'adevăr e inexact că acelaşi nucleu inervă în acelaşi timp mai multe segmente de membru şi că acelaşi muşchiu îşi primeşte fibrele motrice dela mai mulţi nuclei mădulari.

O comunicare a lui Laignel Lavastine (28) concerne localizarea spinală a simpaticului. Voiu reproduce numai concluziunile autorului:

1) Neuronii lanţului simpatic toracic au centrii lor trofici în cornul lateral al măduvei dorsale şi într'un nucleu latero-extern dela baza cornului anterior al măduvei cervicale inferioare;

2) Acest nucleu latero-extern dela baza cornului anterior din măduva cervicală ce distinct de nucleul posteroextern al cornului anterior.

Alături de cercetările lui Legnail Lavastine vom menţionà o comunicare a lui de Buck (29) care la un bolnav cu vărsături şi diaree sanguinolentă, ambele simptome cu caracter incoercibil şi diagnosticate de autor Sindrom Solar găseşte la examenul anatomopatologic, în măduva spinării un gliom fusiform, întinzându-se dela al 10-lea mielotom dorsal până la al 2-lea lombar și interesând *regiunea laterală* și posterioară a substanței grize medulare. Metoda anatomoclinică dă rezultate ce concordă perfect în acest caz cu acelea ale experimentațiunii. Dar aci leziunea primitivă a fost centrală iar turburările periferice au fost consecutive. Cazul lui De Buck mai are și un interes citologic. Bolnavul prezintase o amputațiune a coapsei ce data de *54 ani*. Or cu tot timpul îndelungat ce se scursese dela operație celulele corespunzătoare mușchilor ridicați erau încă *în stare de reacțiune* fără revenire la starea complect normală și fără atrofie. Pentru De Buck teoria *catenară* a structurei sistemului nervos susținută de Bethe și Durante explică mai bine faptul decât teoria neuronului.

Vom cità în fine o importantă comunicare a profesorului Marinescu [30]) asupra localizărilor în ganglionii spinali. Din cercetările acestui autor rezultă următoarele fapte: Diferitele tipuri celulare ce consituesc ganglionii spinali au funcțiuni diferite. Astfel celulele în cari substanța cromatică e dispusă în straturi concentrice sunt în raport cu inervațiunea sensitivă cutanată, marile celule clare cu inervațiunea sensitivă a mușchilor. De asemenea unele celule clare par a fi în raport cu inervațiunea osteo articulară iar micile celule obscure cu inervațiunea sensitivă a vaselor. Celulele in raport cu un anumit țesut sunt împrăștiate, în ganglion, acesta formează un tot în raport cu o regiune anumită.

Vom mai semnalà o lucrare a lui Loubouchine [31]) relativă la traectul și origina fibrelor endogene din măduva spinării (la câini și iepuri). Fasciculul lui Gowers conține la aceste animale atât fibre directe, cât și încrucișate. Origina primelor e în regiunea intermediară a substanței grize, pe când aceea a ultimelor e în substanța griză a cornului posterior. Atât fasciculul lui Flechsig cât și acela al lui Gowers se termină în vermiculul superior al cerebelului, cele mai multe fibre au terminațiunea homolaterală. Pentru un mic număr e heterolaterală. In regiunea fasciculelor piramidale și a fasciculului lui Löwenthal se găsesc și fibre endogene. Fasciculele fundamentale sunt formate din fibre scurte și în genere neîncrucișate cu origina atât în cornul anterior cât și în cel posterior și în substanța griză dintre aceste coarne

Cercetările făcute de Bing [32]) într'un caz de poliomielită se referă la origina fasciculelor endogene la om. Fasciculul cerebelos direct începe în zona de trecere între al 2-lea și al 3-lea mielotom lombar. Acela al lui Gowers cu un mielotom mai jos, având celulele de origină în regiunea laterală a coarnelor anterioare. Fibrele endopiramidale laterale au un traect scurt mai ales ascendent, unele însă sunt descedente. Origina lor e în partea anterolaterală a coarnelor posterioare. Fibrele endopiramidale anterioare au în cea mai mare parte un traect ascendent și origina în porțiunea internă a cornului anterior. Fasciculul fundamental îș trage origina din celulele cornului anterior și lateral. E constituit în regiunea dorsală din fibre ascendente. Origina fibrelor endogene ale cordoanelor posterioare e în celulele cordonale ale cornului posterior.

O lucrare interesantă aparținând lui Nageotte (²³) se ocupă cu studiul cordoanelor posterioare pe baza unui caz de compresiune a coadei de cal, și a unui caz de tabes incipient. Vom cità concluziunile la care ajunge acest autor:

a) Fibrele endogene a cordoanelor posterioare în regiunea lombosacrată trebuesc divizate în două clase: fibre endogene groase și fibre endogene fine.

b) Primele formează (¹) un fascicul în zona cornu-comisurală.

2) *Triangulul median sacrat* sau triunghiul lui Gaumbault și Philippe. Acest fascicul e extremitatea inferioară a unui fascicul descendent medioperiferic al cărui traect superior e format în regiunea dorsală de fasciculul lui Hoche.

c) Triunghinl median e complect distinct de *centrul oval* al lui Flechsig care e un fascicul radicular.

d) Fibrele endogene fine sunt unele orizontale, altele verticale, aceste din urmă sunt împrăștiate în toată întinderea cordoanelor lui Burdach; există de asemenea unele în cordonul lui Goll în regiunea cervicală.

e) Zonele lui Lissauer sunt constituite prin fibre endogene fine verticale cari sunt condensate în această regiune. Ele nu sunt de natură radiculară cum se admite acum. Ele degenerează tardiv în tabes.

f) Rețeaua de fibre fine a cornului posterior e de natură endogenă.

g) Coloanele lui Clarke nu par a primì fibre dela rădăcinele posterioare situate de desubtul celei de a 3-a lombară.

h) Bandeleta externă nu atinge în nici un punct cornul posterior. In regiunea dorsală inferioară ea are o formă complicată reprezântând câte un M de fiecare parte.

i) Fibrele bandeletei externe sunt *fibre radiculare de lungime medie*, cari rămân în limitele acestei formaţiuni în tot traectul lor întramedular şi acelea din regiunea lombo-sacrată nu ajung la cordonul lui Goll.

j) Fibrele radiculare lungi trec nu prin bandeleta externă, ci prin câmpurile postero-externe.

k) Zona marginală a lui Westphal sau *Zona radiculară* anterioară nu conţine pe lângă fibrele endogene decât fibre radiculare scurte.

Cu ocaziunea unei polemice ce a avut cu d-l şi d-na Déjerine în chestiunea fasciculului piramidal direct, Pierre Marie (34) reià chestiunea acestui fascicul insistând asupra faptului că ţinând seamă în mod suficient de variaţiunile decusaţiunii piramidelor zona atribuită de clasici fasciculului piramidal direct e prea întinsă şi că în marea majoritate a cazurilor ea nu ocupă decât porţiunea cea mai internă a cordonului anterior. Din contră în leziunile pedunculo-protuberanţiale mai cu seamă când alteraţiunile interesează calota, zona degenerată din cordonul anterior e mult mai întinsă, se apropie de aceea pe care clasicii o atribue fasciculului piramidal direct şi afectă, în special în regiunea cervicală inferioară, o formă de semilună.

Nucleii motori ai nervilor cranieni sunt continuarea acelora din măduva spinării. Aceleaşi metode ne permit să stabilim raporturile dintre grupurile celulare ce-i constituesc şi muschii corespunzători. Studiind bulbul şi probuberanţa într'un caz de cancer al regiunii cervicofaciale, împreună cu d-l Papinian (36) am putut să stabilim cu oare-care aproximaţie grupurile din nucleul facialului în raport cu muschii bărbiei, triangularul buzelor, digastricul şi să facem o tentativă de localizare în nucleul hipoglosului.

Tot aci e locul să citām o lucrare a lui Déjerine, Gauckler şi Roussy (37) cari studiind anatomopatologiceşte un caz de ptosis congenital au căutat să localizeze celulele cari dau inervaţiunea pleoapei superioare. Trunchiul motorului ocular comun de partea paraliziei erà redus în masă. In nucleul de origine exista o diminuare foarte însemnată a numărului celulelor ocupând zonele anterioare şi medie a nucleului omolateral la nivelul mijlociu al înălţimii sale şi o aplazie parţială a nucleului de partea opusă, la partea sa inferioară şi limitată la porţiunea nucleului situată în fasciculul longitudinal posterior şi pentru care M-me Déjerine propune numele de *partea intralongitudinală* a nucleului părechii a 3-a.

Voiu mai amintì că doi autori japonezi Kosaka şi Hiraiwa [38]) au găsit la găină 3 nuclei în raport cu nervul facial, dintre cari unul principal ocupă o poziţiune ventrală şi alţii doi situaţi între nucleul facialului şi acela al motorului ocular extern. Unul dintre aceştia e în raport cu muschiul digastric. Cellalt pare a se confundà cu un grup descris de Van Gehuchten la mamifere, unde ar reprezentà un nucleu accesoriu al părechei a VI-a.

Van Gehuchten (39) consacră o lucrare conexiunilor centrale ale nucleului lui Deiters şi ale maselor grize vecine. Rezultă din aceste cercetări că: există un fascicul descendent al nucleului lui Deiters sau fasciculul vestibulo-spinal.

Un alt fascicul ce intră în constituţiunea fasciculului longitudinal posterior şi ale cărui fibre au putut fi urmărite până în măduva sacrată, iar cele ascendente până în stratul optic.

Un alt fascicul ce constitue calea acustică dorsală, se întinde până în tuberculul quadrigemen din partea opusă. In fine un fascicul degenerat provine din partea dorsală a corpului restiform şi se poate urmărì până în nucleul lateral al bulbului.

Pagano (40) studiează într'o lucrare care deşì nu e de anatomie microscopică, merită să fie semnalată aici, localizările cerebeloase.

Pentru acest autor ar există adevărate localizări motrice în cerebel, cu centrii pentru toate grupurile musculare ale corpului. In plus ar există puncte a căror localizare ar fi destul de posibilă şi a căror excitaţiune ar determinà o *exaltaţiune* psihică.

Voiu mai relatà în fine în scurt un număr de lucrări de ordine anatomo-patologică cari ni s'au părut importante de cunoscut.

Intr'un memoriu publicat în „Nouvelle iconographie de la Salpêtrière „Thomas şi Hauser (41) se ocupă cu alteraţiunile ganglionilor rachidieni in tabes. Concluziunile la cari ajung aceşti autori sunt următoarele: 1) Există adeseori alteraţiuni celular în ganglionii rachidieni ai tabeticilor. Aceste leziuni constau mai cu seamă într'un proces de atrofie lentă şi de desintegraţiune care se termină cu dispariţiunea celulei nervoase.

2) Cu toată importanţa şi frecuenţa lor ie greu de apreciat rolul pe care-l joacă în patogenia atrofiei rădăcinilor posterioare şi a degenescenţelor medulare. Dar ele sunt prea frecuente şi prea marcate în unele cazuri pentru a nu aveà rolul lor în patogenia generală a tabesului şi a nu face parte din procesul tabetic.

André Leri (⁴²) se ocupă în două lucrări cu studiul retinei şi a nervului optic în amauroza tabetică. Principala concluziune a primei lucrări e că leziunile nervului optic in tabes n'au punctul de plecare în retină. Din cea de a doua lucrare rezultă că în nervul optic leziunea amaurozei tabetice e o ciroză sifilitică de origină vasculară şi o meningită sifilitică. Meningele prezintă o abundentă infiltraţiune limfocitară.

In aceeaşi revistă Crouzon (⁴³) publică o lucrare relativă la sclerozele combinate. Fără a exclude posibilitatea sclerozelor sistematizate autorul conchide că de cele mai multe ori sclerozele combinate tabetice sunt pseudo-sistematizate şi că pot fi explicate în mod suficient prin leziuni meningee şi limfatice.

Rydel (⁴⁵) (din Cracovia) a studiat cliniceşte şi anatomo-patologiceşte trei cazuri de heredoataxie cerebeloasă. In câte şi trele cazuri aparţinând aceleaşi familii, debutul a avut loc pe la vârsta de 30 de ani. Simptomele au fost foarte asemănătoare în cele trei cazuri localizate în regiunea lombară, turburări de sensibilitate la membrele inferioare, diminuarea acuităţii auditive, scolioza (notată în 2 cazuri) piciorul ca în maladia lui Friedreich. Anatomiceşte, sistemul nervos central are un volum redus. In măduvă degenerescenţa fascicolului cerebelos direct şi a fasciculului lui Gowers, a cordoanelor posterioare în special a cordonului lui Goll. Coloana lui Clarke aproape lipsită de celule şi de fibre. Diminuţiune enormă de număr a celulelor cu atrofia lor, în coarnele anterioare, rarefacţiunea fibrelor. Alteraţiunea fibrelor ponto-transversale.

Cerebelul redus în câte şi trele cazuri. Intr'unul fibrele substanţei albe ale cerebelului rarefiate. In acelaş caz există în măduvă, leziuni a cordoanelor anterioare. Cazurile fac transiţia între heredoataxia cerebeloasă şi maladia lui Friedreich. Debutul tardiv, persistenţa îndelungată a reflexelor rotuliene, turburările vizuale şi auditive, turburările sensibilităţii, turburările de vorbire, fenomenele spastice aparţin primei. Abolirea reflexelor în ultimul timp, scolioza, piciorul diformat, persistenţa unui grad de reacţiune pupilară, alteraţiunile coarnelor anterioace aparţin din contră mai de grabă maladiei lui Friedreich. Intr'unul din cazuri exista în plus o atrofie a eminenţei tenare şi căderea unghiilor.

Vom semnalà o lucrare a lui Leri şi Wilson (46), relativ la un caz de poliomielită anterioară acută a adultului cu leziuni medulare în focare. Déjerine şi Thomas în 1902 ziceau că nu posedăm încă fapte sigure în cari o leziune în focar analoagă cu aceea a paraliziei infantile să fi fost constatată în urma unei maladii asemănătoare cu aceasta survenită la un adult. Von Gehuchten în 1903 a adus observaţiunea anatomoclinică a unui caz de acest fel.

In cel relatat de Leri şi Wilson atât debutul acut, febril cât şi simptomatologia cazului precum şi leziunile constatate, amintesc foarte bine paralizia infantilă. Poliomielita anterioară acută a adultului analoagă cu paralizia infantilă nu mai poate deci lăsà nici o îndoială. E de regretat că autorii n'au căutat să utilizeze cazul acesta ceia ce se puteà aşà de bine, pentru studiul localizărilor spinale, comparând alteraţiunile grupurilor celulare din măduvă cu muşchii atrofiaţi.

Semnalăm această lacună pentru a fi evitată de cei cari vor aveà ocaziunea să studieze anatomo-patologiceşte la noi în ţară cazuri de poliomielită anterioară, fie la copii, fie la adulţi.

Thomas şi Hauser (47) se ocupă cu studiul patogeniei şi istologiei patologice a siringomieliei. Autorii ajung la concluziunea că leziunile vasculare şi conjunctive au un rol important şi fundamental în patogenia siringomieliei, primănd hiperplasia nevroglică pe care pot să o deştepte. E posibil chiar ca această patogenie să se aplice cazurilor de siringomielie cu dilataţiunea canalului central şi proliferaţiunea celulelor ependimare.

Voi semnalà încă printre faptele anatomo-patologice o comunicare a lui Leri (48) care a găsit într'un al 2-lea caz (primul publicat în 1902) de atrofie musculară spinală, o atrofie a tunicelor musculare viscerale ceea ce determina hernii ale mucoasei prin tunica musculoasă.

In fine vom mai notà faptul că Pitres (49) a constatat prezența limfocitozei aracnoidiene în 3 cazuri de nevralgie a trigemenului rezevăndu-și dreptul a reveni asupra importanței și semnificațiunei acestui fapt.

Sicard (50) confirmă acest rezultat în 2 din 5 cazuri. E de notat că într'unul din aceste 2 cazuri tratamentul specific a fost încercat fără rezultat.

BIBLIOGRAFIE

(1) **Durante.** A propos de la théorie du neurone. *Revue Neurologique*, No. 12 1904.

Considérations générales sur la structure el le fonctionnement du sistème nerveux, *Jurnal de Psychologie* normale et pathologique 1904.

(2) **Joris.** A propos d'une nouvelle méthode de coloration des neurofibrilles. Structure et rapports des cellules nerveuses. *Bull. de l'Acad. royale de médecine de Belgique.* Avril 1904. Analizat de Masoin în *Revue neurologique*, p. 1039, 1904.

(3) **Kronthal**: Nervenzelle und Psyhose. *Archiv für Psychiatrie*, t. XXXVIII, Heft. 3, 1904, p. 70, analizat de Trénel în *Revue néurol.* p. 739, 1904.

(4) **Pighini.** Sulla origine e formazione della celula nervosa negli embrioni di selaci. *Rivista sperimentale de Freniatria,* Giugno 1905.

(5) **Besta.** Rapporti mutui degli elementi nervosi embrionali e formazione della celula nervosa. *Rivista sp. di Fréniatr.* Giugno 1905.

(6) **Modena.** La degenerazione et la rigenerazione del nervo periferico în seguito a lesione. *Ibidem.*

(7) **Lugaro.** Una prova decisiva nella questione della rigenerazione dei nervi. *Ibidem.*

(8) **Donaggio.** Anatomia e fisiologia delle vie di conduzione endo-celulari. *Ibidem.*

(9) **Fragnito.** Su le vie di conduzione nervosa extracelulari. *Ibidem.*

(10) **Lo Pegna.** Sulla trasformazione de le radici spinali e sulla prima comparsa di fibrille nelle cellule del midolo. *Ibidem.*

(11) **Ramon Y. Cajal.** *C. R. de la Société de Biologie.* 27 Février, 1904.

(12) **Marinesco.** Recherches sur la structure de la partie fibrillaire des cellules ner veuses à l'état normal et pathologique. *Revue Neurologique,* No. 9. 1904.

Note préliminaire sur les lésions des neurofibrilles dans la Paralysie générale. Société de neurologie de Paris. *Revue neurolog.* p. 641, 1904.

Nouvelles recherches sur les neurofibrilles, *Revue Neurol.* No. 15. 1904.

(13) **Ballet** et **Legnail Lavastine.** Sur les lésions des neurofibrilles dans la paralysie générale. Société de Neurologie de Paris. *Revue Neurologique.* p. 762, 1904.

(14) **Marchand.** C. R. de la Société de Biologie. 22 Oct. 1904.

(15) **Soukhanoff.** Asupra structurei fine a celulei nervoase, analizat în *Rev. Neur.* p. 665, 1904. Autoreferat.

(16) **Gourévitch**, analizat de **Soukhanoff.** În *Rev. Neurol.* p. 667, 1904.

(17) **Czarniecki.** Sur l'aspect exterieur des dendrites des cellules nerveuses des tubercules quadrijumeaux. etc. *Nouvelle iconographie de la Salpêtriere.* No. 2, 1904.

(18) **Soukhanoff.** Contribution à l'étude du reseau endo cellulaire dans les elements nerveux des ganglions spinaux. *Le Nevraxe*, vol. VI, fasc. 1, analog. de Maroen în *Revue Neurol.* p. 1089, 1905.

(19) **Shikinski Hatai Y.** Semnificațiunea formei și modului de a se comportà a celulelor nervoase medulare a fătului de șoarice. *Journal of. Comparativ Nourolog.* Vol. XIV. No. 1. analizat de Thoma în *Rev. Neurol.* p. 667.

(20) **Cavallé.** *C. R. de la Societé de Biologiè,* 2 Fevriér 1904.

(21) **G. Marinesco.** Recherches sur les localisations motrices spinales. *Semaine médicale.* 20 Juillet, 1904.

(22) **Bikeles.** Einige Thesen bettrefend den Anordungstypus der motorischen zellen auf der Ursprungshöhe der Extremitäten nerven. *Neurologische Centralblatt.* No. 9, 1904.

CERCETARI ORIGINALE

Dr. C. Gorescu.

Action de l'iodure de potassium sur l'histogénèse du tubercule expérimental provoqué par l'inoculation de poudres inertes.

(Travail du Laboratoire de Médecine expérimentale de la
Faculté de Médecine de Bucarest).

Voici le resumé d'expériences dont le résultat a été communiqué au récent congrès de la tuberculose (1) ainsi qu'à la Soc. de biologie de Paris (2).

L'expérience clinique nous ayant appris que les iodures représentent un puissant moyen de résorption dans bien de néoformations pathologiques et de dissémination des foyers pathologiques, dans des cas tels que la tuberculose ou le cancer, il nous a semblé intéressant d'étudier, au point de vue des réactions cellulaires, l'action de l'iodure de potassium sur l'histogénèse et la résorption des granulomes produits par l'injection de poudres inertes, telles que le poivre en poudre par exemple. Voici le résultat de nos recherches.

1) Quand on injecte dans la cavité péritonéale des lapins du poivre finement pulvérisé, celui-ci se fixe principalement sur le grand épiploon, le mésentère, la face inférieure du foie et les ligaments gastro-hépatiques et gastro-splénique. Autour des grains

---

(1) Congrès internat. de la tuberculose. Paris 1905.

(2) C. R. soc. biologie 1905. P. 340.

déposés se produit un afflux mixte de leucocytes poly et mononucléaires. La diapédèse des polynucléaires est transitoire et bientôt les mononucléaires seuls s'accumulent autour du grain. Ainsi se constitue en moins de 24 h. un granulome à leucocytes mononucléaires. Les cellules mobiles, en contact direct avec le grain, se fusionnent et l'enferment dans une cellule géante typique; tout autour s'accumulent des mononucléaires libres. Un même granulome contient ainsi fréquemment plusieurs follicules développés autour des grains de poivre. Déjà au bout de 36 heures, des fibroblastes viennent s'accoler à la périphérie du granulome, l'enserrant ainsi dans une membrane fibreuse.

A l'œil nu, ces granulomes apparaissent sous forme de masses d'un volume variable, présentant deux zônes, l'une centrale, noirâtre, l'autre périphérique, transparente et non vascularisée. La résorption du poivre au sein de ces néo-formations est des plus lente. Elle est parfois à peine appréciable au bout de deux mois.

2) La résorption de ces masses est singulièrement activée par les injections sous-cutanées d'iodure de potassium; d'autre part, les phénomènes observés diffèrent considérablement, selon que l'on emploie des doses fortes ou des doses faibles d'iodure, les doses faibles déterminant une résorption infiniment plus rapide et plus sûre que les doses fortes.

Les doses fortes, non toxiques, sont comprises pour un lapin de 1500. à 2000 gr., entre 25 et 60 centigr. par jour. Les doses faibles ont été de 10 centigr. Les injections ont été commencées plusieurs jours après la constitution définitive des granulomes.

3) L'inoculation journalière de fortes doses (25—60 centigr.) produit très rapidement une dissémination des granulomes; leur nombre devient 10, 20 fois plus considérable que chez les témoins; il semblerait que l'on assiste à une véritable multiplication de ces néoformations qui envahissent la cavité péritonéale tout entière. Au bout de peu de jours, les masses ainsi constituées se ramollissent; le centre devient jaune, presque caséeux; les grains de poivre perdent leur coloration noire, pour devenir jaunes et mous; tout autour des tubercules on voit apparaître une zône fortement vascularisée. En même temps des néomembranes fibreuses molles envahissent la cavité et agglutinent les

viscères. Cette période de dissémination des tubercules dure plusieurs jours; puis commence la résorption et la disparition graduelle des amas caséeux. Cette résorption s'effectue surtout rapidement à la surface du grand épiploon; en général, au bout de 15 jours de traitement ioduré, cet organe a repris sa souplesse et son aspect normal. Puis, graduellement, la résorption s'effectue sur les autres points de la cavité; elle est souvent complète au bout de 30 jours. A ce moment, chez les animaux témoins, cette résorption est très peu avancée.

4) Si l'on suit au microscope le processus cellulaire qui accompagne ces phénomènes macroscopiques, on constate ce qui suit: tous les phénomènes de dissémination d'abord, de résorption ensuite, sont en rapport avec une incroyable suractivité fonctionnelle, provoquée chez les leucocytes mononucléaires (macrophages) par l'action de l'iodure. A l'intérieur des granulomes, ces éléments, très peu d'heures après le début du traitement, se mobilisent; ils envahissent, disloquent les cellules géantes pénètrent à l'intérieur des grains de poivre qu'ils disloquent et pulvérisent littéralement. Tous se chargent de grains de poivre, quelques-uns bourrés au point de ne plus rien laisser apercevoir de leur protoplasma. Puis ils émigrent hors du granulome qui, de la sorte, s'affaisse, s'étale, perd son contour et se transforme en une masse diffuse de mononucléaires. Le protoplasme de ces éléments est rempli de nombreuses vacuoles contenant ou non de fines granulations de poivre. A quelque distance de l'amas primitif, ils s'arrêtent, souvent dégénèrent. et en ce point naît un nouveau granulome, par un mécanisme identique au premier; une diapédèse abondante, exclusivement composée de mononucléaires, se produit dans les mailles du tissu conjonctiv, affluant autour des nouveaux centres. Les cellules géantes naissent par confluence, au sein desquelles se poursuit la résorption des grains de poivre, déjà fort réduits de volume.

Tel est le mécanisme, facile à suivre, de la dissémination des granulomes. Sous l'influence des injections répétées d'iodure, le même phénomène se répète; les grains de poivre perdent leur coloration noire; bientôt ils se colorent métachromatiquement en vert par la thionine; enfin ils disparaissent, digérés complètement, à l'intérieur des cellules géantes. Dissémination et résorption sont donc ici fonction de l'excitation motrice et phagocytaire des macrophages. Le processus entier est des plus aisé à suivre sur des épiploons étalés et colorés entièrement par la thionine.

Bon nombre de macrophages chargés de grains de poivre rentrent dans la rate et se fixent à l'intérieur des sinus.

Plus les doses d'iodure employées sont fortes, plus le volume des granulomes néo-formés au moment de la dissémination est considérable; quelques-uns atteignent le volume d'un noyau de cerise, ce qui explique la lenteur de leur résorption définitive. Une trop grande surexcitation des macrophages entraîne donc souvent un certain retard à la guérison complète. Beaucoup de macrophages issus des granulomes disloqués se fixent dans l'épiploon sous forme de clasmatocytes à longs prolongements bourrés de grains de poivre.

5) L'injection journalière de petites doses d'iodure (10 centigr,) est accompagnée d'une résorption beaucoup plus rapide des granulomes. Le plus souvent, au bout de 15 jours de traitement, on ne trouve plus dans la cavité péritonéale trace de poivre ou de tubercules: dans un seul cas, nous avons vu la résorption incomplète au bout de 30 jours. La cavité péritonéale reprend son aspect normal, les adhérences disparaissent. Quant au processus cellulaire, il est le même qu'avec les doses fortes, mais plus rapide: dislocation des granulomes primitifs émigration et dissémination des macrophages chargés de poivre, formation de granulomes nouveaux, plus nombreux que les précédents, grâce à une diapédèse nouvelle de mononucléaires, résorption du poivre dans les cellules géantes.

6) Si l'on commence les injections d'iodure quelques heures seulement après l'injection du poivre, il ne se forme plus que très peu de granulomes visibles à l'œil nu, La dissémination des grains de poivre par les mononucléaires se fait d'emblée et l'on assiste à la formation rapide d'une énorme quantité de cellules géantes, entourées d'un petit nombre de mononucléaires libres, et à l'intérieur desquels les grains de poivre dévorés perdent rapidement leur coloration noire et disparaissent.

7) L'iodure de potassium détermine donc la résorption des granulomes en excitant à un haut degré les propriétés phagocytaires des leucocytes mononucléaires.

CRITICI ŞI CRONICI

Docent Dr. C. Parhon.

Atrofiile cu mers lent şi reacţiunea de degenerescenţă. Transmisiune şi conducţiune în fibrele nervoase. Excitabilitatea nervilor.

Intr'unul din numerile precedente ale revistei *am demonstrat* că d-l Ştefănescu-Zănoagă cu ocaziunea unui articol publicat în „România Medicală“ No. 8, 1905, a comis o eroare monstruoasă cu care a gratificat pe profesorul Erb din Heidelberg.

In precedentul număr al revistei d-l Ştefănescu s'a crezut dator să răspunză.

Voiu analizà aci răspunsul acesta, citând textual şi integral frazele ce voiu aveà în vedere pentru ca ori ce discuţie ulterioară asupra înţelesului lor să fie înlăturată.

«In critica la care fac aluzie, zice d-sa, se zice „examenul electric n'a arătat reacţiunea de degenerescenţă, ceea ce erà de aşteptat având în vedere evoluţia lentă a atrofiei (citat din nota critică a mea). Această afirmaţiune datorită d-lui Parhon ascunde subt ea lipsa de cunoştinţe asupra unor condiţiuni de ordine anatomică, cari dacă se îndeplinesc apare reacţiunea de degenerescenţă. In amiotrofiile cu mers lent totul depinde de felul alteraţiunilor anatomice pentru ca să apară reacţiunea de degenerescenţă şi de aceea excepţional la miopatii când se îndeplinesc anumite condiţiuni (d-l Zănoagă nu binevoeşte să ne spună cari condiţiuni) se poate găsì această reacţiune.

Dacă în tabes nu se găseşte reacţiunea de degenerescenţă zice, Strumpell aceasta se datoreşte faptului că totul se petrece în muşchi: Tot astfel este şi cu miopatiile dar nu pentru că este vorba *numai* de o amiotrofie cu mers lent şi de aceea nimănui nu-i va fi permis să mai formuleze cum s'a făcut în critica la care mă refer şi în care autorul ei zice „examenul electric n'a arătat reacţiunea de degenerescenţă, ceea ce erà de aşteptat, având în vedere evoluţiunea lentă a atrofiilor“. Aceasta e o greşală şi de aceea voi mai relatà date bibliografice cari să probeze contrar acestei afirmaţiuni, greşite că în multe alte afecţiuni cu atrofii lente s'a găsit de foarte multe ori reacţiunea de degenerescenţă. Chestiunea aceasta atât de simplă pentru unii necunoscători e ceva mai complicată pentru cei cari o cunosc şi de aceea expun aci *citaţiuni cu atrofii* cari evoluează lent şi în cari cunoscători ai chestiunei nu găsesc că era de aşteptat să se găsească reacţiunea de degenerescenţă“. Urmează o serie de citaţiuni cari probează că reacţiunea de degenerescenţă a fost găsită în lepră, siringomielie, scleroza laterala amiotrofică etc.

Citaţiunile acestea au de scop să facă pe cititori să creadă, că încetineala procesului amiotrofic nu contribue întru nimic în determinismul prezenţei sau absenţei reacţiunii de degenerescenţă.

D-l Ştefănescu nu cunoaşte multe chestiuni de neurologie şi de medicină generală, dar pasagiul citat mai sus nu e datorit necunoştinţei, ci lipsei de bună credinţă precum se va vedeà mai jos. Pentru cei cari nu sunt în curent cu starea reacţiunilor electrice în amiotrofiile cu mers lent şi în cele cu mers acut, mi se va permite să citez un pasagiu din recentul tratat al lui Castex, [1]) pasagiu care redă perfect starea chestiunii.

«*Când leziunile centrilor trofici au un mers acut* şi lovesc în acelaş timp toate celulele unui aceluiaşi centru, se *observă sindromul degenerescenţei bine caracterizat, complect sau parţial.* Astfel e în *paralizia infantilă, paralizia spinală acută* a adultului, *unele mielite cu mers subacut* cu participaţiunea coarnelor anterioare, în paralizia generală spinală subacută a lui Duchenne. In unele afecţiuni leziunile au un mers cronic, nu lovesc de odată toate celulele aceluiaş centru ci unele după altele neregulat aşa încât în fasciculul de fibre motrice care se duce la cutare sau cutare muşchiu, unele din aceste fibre sunt în complectă degenerescenţă, altele sunt la început şi altele în fine complect nealterate. Tot aşà fibrele musculare se găsesc în diferite faze a proceselor degenerative. *Rezultă că fibrele nervoase sau motrice nu reacţionează toate în acelaş mod la excitaţiunea electrică şi că reacţiunile electrice nu sunt france. Se va puteà observà când sindromul simplei hipoexcitabilităţi faradice şi galvanice a nervului sau muschiului,* (ca în cazurile d-lui Ştefănescu) când sindromul degenerescenţei unui muschiu dintr'un acelaş teritoriu nervos vor prezentà primul din aceste sindrome, alţii pe cel de al doilea complect sau parţial. Această diferenţă de excitabilitate poate chiar să se întâlnească în fasciculele unui singur muşchiu precum am observat-o într'un caz de siringomielie“, pag. 359.

Precum se vede, putem găsi simpla diminuţiune a excitabilităţii electrice în cazuri de amiotrofii ce succed unor leziuni indiscutabile a coarnelor anterioare când aceste leziuni au o evoluţiune lentă. Dar în tabes dacă se pot găsì uneori leziuni în coarnele anterioare ele nu se pot comparà în general cu acelea ce se găsesc în maladiile citate, e un proces mult mai puţin intens şi tocmai pentru aceasta cu o evoluţiune şi mai lentă în general.

De aceea menţin că erà de aşteptat să nu se găsească reacţiunea de degenerescenţă având în vedere mersul lent al atrofiei. Ţin să pun în evidenţă că eu n'am vorbit în pasagiul pe care D-l Zănoagă îl citează decât de amiotrofiile din tabes şi mai mult încă n'am vorbit decât de cazurile d-sale, iar d-lui ca să probeze ignoranţa mea şi vastitatea cunoştinţelor d-sale, vorbeşte de siringomielie, scleroza laterală amiotrofică, miopatiile primitive etc.

Dar precum am zis asupra acestui punct ca şi asupra altora, D-l Ştefănescu, nu e de bună credinţă. Intr'adevăr d-sa însuşi a explicat în acele cazuri în articolul din România medicală lipsa reacţiunii de degenerescenţa prin mersul lent al atrofiilor şi al nevritelor sub dependinţa cărora erà dispus să le pună.

Vom cità şi aci textual explicaţiunea *d-sale.*

„Ne întrebăm de ce găsim la atrofiile musculare ale tabeticilor de regulă numai diminuări cantitative, dacă ele în adevăr sunt după unii autori de natură nevritică. (Vom remarcà aci stilul d-lui Zănoagă, din fraza citată ar reeşi că opiniunile autorilor pot influenţa reacţiunile electrice ale muşchilor!!) **Explicaţiunea cred că residă în mersul lent al nevritelor periferice şi atrofiilor consecutive la tabetici.** *Această încetineală a evoluţiunei este datorită unei lente distrucţiuni a nervilor periferici.*"

Şi mai jos „Este ştiut că secţiunea experimentală sau patologică a unui nerv face ca examenul direct al muschiului prin curent electric, să reacţioneze la început mai exagerat ca în starea normală, (examenul să reacţioneze!?) *Aceasta cu condiţiune că secţiunea nervului sà se facă repede sau destul de repede.* Acesta este un mod reacţional cu care începe des reacţiunea de degenerescenţă şi este datorit puterei de excitabilitate proprie a fibrei musculare etc."

Mă opresc acì. Reese în mod indiscutabil că în primul articol d-l Zănoagă făceà o bună parte evoluţiunii lente sau rapide a procesului patologic în determinisnul reacţiunilor muşchilor la curenţii electrici. Şi ca să nu mai lungim vorba, vom spune că d-l Ştefănescu a interpretat în tocmai ca şi mine cauza absenţei reacţiunii de degenerescenţă în cele 2 cazuri ale d-sale, găsind-o în mersul lent al nevritelor periferice şi atrofiilor consecutive la tabetici. Deosebirea e că d-sa a vorbit de nevritele periferice cari dacă au fost găsite în tabes şi dacă puteau să existe şi în cazurile sale, nu erau în nici un caz demonstrate în acele cazuri. D-l Zănoagă în paginele ce a scris în „Revista Ştiinţelor Medicale“ mai spune: „Dacă în tabes nu se găseşte reacţiunea de degenerescenţă, zice Strümpell, aceasta se datoreşte faptului că totul se petrece în muşchi. Tot astfel este şi cu miopatiile primitive, dar nu pentru că este vorba *numai* de o amiotrofie cu mers lent etc“. Aci d-l Ştefănescu lasă să se înţeleagă că procesul amiotrofic în tabes e o adevărată miopatie primitivă. In primul articol îl puneà mai de grabă pe contul unei nevrite. D-sa introduce cuvântul *numai* pe care eu nu l-am zis, pentru a lăsà să se înţeleagă că eu am crezut că repeziciunea evoluţiunii e *singurul* factor ce influenţează reacţiunile musculare. Reaua d-sale credinţă e vădită şi nu merită să mai insist.

Mergem mai departe cu citatele din rândurile D-lui Zănoagă „In aceasta critică autorul ei (eu) zice: “Examenul electric nu ne luminează întru nimic asupra naturei nevritice sau medulare sau prin ipotonie a procesului amiotrofic. „Cred că lucrarea mea n'a luminat pe autor în multe“.

Încă un punct asupra căruia îmi fac o plăcere să fiu de acord cu d-l Zănoagă. D-sa de sigur se bucură, de o mare doză de optimism, dacă crede că lucrarea sa a luminat pe mulţi şi în multe.

D-l Zănoagă se apără că n'a voit să aprobeze sau să combată origina nevritică, sau medulară etc., a atrofiilor din tabes. Eu nu i-am atribuit de loc o astfel de intenţiune. Am vrut să spun numai că constatarea D-sale *n'a adus nimic nou* (căci fusese dejà făcută de alţii). Problema importantă ar fi fost tocmai chestiunea naturei acestor atrofii. De altfel articolul d-sale începe întocmai ca şi când ar fi voit să se ocupe cu chestiunea *naturei* atrofiilor tabetice.

Chestiunea atrofiilor musculare în Tabes a dat naştere la discuţiuni numeroase cari tindeau a stabili *natura* acestor atrofii şi cu toată bogăţia probelor clinice aduse de diferiţi autori pentru a susţine teoriile emise, ea (bogăţia?) se poate redeschide ori când şi clinica a avut rolul cel mai mic. Dacă reluând această chestiune şi servindu-ne numai de date clinice până la un oarecare punct, valoarea rezultatelor noastre se poate considerà că are oarecare însemnătate şi aceasta se datoreşte faptului că metoda utilizată de noi este electrodiagnosticul“.

Faptul, e precum am zis, că în articolul din România medicală d-l Ştefănescu n'a făcut decât să afirme un fapt dejà bine cunoscut; cu alte cuvinte ceeace francezii numesc cu o expresiune foarte semnificativă „Enfoncer des portes ouvertes“.

Iată cum se exprimă Déjrine şi Thomas (3) relativ la amiotrofiiile din tabes:

„Contracţiunile fibrilare lipsesc. Contracţiunea idiomusculară e diminuată sau abolită. *Reacţiunile electrice faradice şi galvanice sunt diminuate sau abolite; dar nu există de obiceiu reacţiunea de degenerescenţă*».

D-l Zănoagă n'a adus deci nimica nou. Intr'o a doua parte a articolului d-sale din precedentul număr al revistei d-l Zănoagă se apără de a fi admis ca posibil că mielina e un element conductor şi a fi atribuit această bizară opinie lui Erb. *D-sa promite a da acestui autor ceiace i-se cuvine* şi urmează astfel:

Pentru a fi *clar* şi *cinstit*, voiu cità fraza de care eu m'am servit şi pe care criticul a publicat'o în întregime. „Atâtă vreme cât puterea de *conducţiune* prin trunchiul şi ramurile terminale nervoase este posibilă, fie că calea de *transmisiune* (1) este *mielina aşà cum susţine Erb* (2) fie că este cilindrul axil şi atât cât se mai găsesc fibre musculare contractile, muşchiul va reacţionà la curentul electric. Mai înainte ca cineva să contopească două cuvinte şi sensul lor, într'unul „conducţiune“ trebue să ştie că cei cari *nu au făcut* acest lucru ştiu valoarea lor şi mai posed şi următoarele date asupra chestiunii, cari odată ştiute de toţi se va pune în evidenţă o mistificare a adevărului din partea criticului, fără ca să mă pronunţ dacă aceasta s'a făcut voluntar sau involuntar.

Este ştiut (de unde?) că atunci când excităm un nerv cu mielină prin ajutorul electricităţii, se produc fenomene cari au fiecare rostul şi însemnătatea lor şi anume *se produce asupra nervului fenomenul cunoscut sub numele de excitabilitate* (?!); curentul se *transmite* dela electrod la nerv, care avansând într'un timp foarte scurt prin porţiuuile constitutive ale nervului. După aceasta curentul în virtutea puterii de *conducţinue* a nervului este, dus prin cilindrul ax. *Este* dar de deosebit în actul acesta două grupuri de fenomene, primul, acela al excitabilităţii şi transmisiunii curentului la nerv, şi grupul al doilea acela care înglobează fenomenul de *conducţiune*».

Curentul electric este transmis dela electrod la mielină şi de aci la cilindrul ax; când mielina lipseşte transmisiunea se face în cilindrul ax direct care apoi servă ca element de conducţiune». „Excitabilitatea sau iritabilitatea cum descrie Erb în scrisoarea publicată în această revistă, este după Erb dependentă de existenţa mielinei, pe câtă vreme conductibilitatea depinde de cilindrul ax. Aşà spune şi Erb în scrisoarea sa despre prima parte, iar la urmă adaogă: . . . . . Sur la voie de transmission et de conduction de celle-là. Erb face deosebire între fenomenul de conducţiune şi de transmisiune. Eu în

---

(1) Subliniat numai în al 2-lea articol.

(2) Subliniat de mine.

> fraza care face al doilea motiv al criticei vorbesc net şi clar despre *conducţiune* şi despre *transmisiune*. Nu văd în ce mă deosebesc de Erb.

Pot să afirm că d-l Zănoagă *a denaturat înţelesul cuvintelor conducţiune şi transmisiune, făcând o deosebire arbitrară şi care nu există pentru a dovedì că n'a putut admite ca posibilă conducţiunea prin învelişul de mielină şi că n'a atribuit lui Erb o opiniune care nu-i aparţine.*

Probele mele sunt următoarele:

1) In pasagiul în care d-sa comite eroarea pe care am relevat-o, e vorba de a explicà pentru ce în atrofiile din tabes nu există reacţiune de degenerescenţă şi autorul arată că atâta timp cât curentul electric poate să ajungă la muschiu prin intermediul nervului, acesta mai răspunde la excitaţiuni. Nu puteà fi vorba acì de transmisiune decât în înţelesul de conducţiune pe care 'i-l atribue toată lumea. Intrebuinţat în alt înţeles nu mai erà la locul lui.

2) Oricât ar voi d-l Zănoagă să facă pe cititori să-i admire întinderea cunoştinţelor prin acel *„se ştie* că“ *cuvintele transmisiune şi conducţiune* sunt *sinonime, în limbagiul comun ca şi în fisiologia nervoasă.*

Pentru limbagiul comun iată ce găsim în dicţionarul lui Larousse [3]).

> *Conductibilité.* Proprieté que presèdent les corps de *transmettre* la chalieur ou le fluide éléctrique.

In fiziologia nervoasă următoarele citate vor dovedì cu prisosinţă celor pe cari *Se ştie* al d-lui Ştefănescu i va fi convins (dacă vor fi existând) sau îi va fi făcut să stea la îndoială, le vor dovedì zic că *conducţiune şi transmisiune sunt sinonime.*

Iată, spre exemplu, cum intitulează Beaunis (4) un capitol de fiziologie a nervilor.

> *‹Conductibilitate sau transmisiune nervoasă›*, pag. 644, 1888).

In acelaş autor la pag. 612 găsim:

> „Cilindrul axil e partea fiziologică cea mai importantă, *fiecare din fibrilele sale reprezintă un agent de transmisiune nervoasă›.*

Iată acum câteva citate din Viault şi Jolyet cari (5) arată în mod clar că pentru aceşti doi autori cuvintele *transmisiune* şi *conducţiune sunt întrebuinţate ca sinonime.*

La *pag. 152.* „In fine nervii, sunt excitatori pentru că excitaţiunea aplicată într'un punct al parcursului lor şi *transmisă în sensul centripet sau în sensul centrifug* pune în joc proprietatea fiziologică specială“ etc. „E uşor de înţeles că toate aceste denominaţiuni se aplică la o singură proprietate a nervilor (centripeţi şi centrifugi) aceea de a fi *excitatori*, adică de a *transmite sguduitura moleculară produsă sub influenţa excitaţiunii într'un, punct al nervului în diferitele puncte ale acestui nerv, şi de aci la organele cu care e în conexiune fiziologică prin continuitate de substanţă“.*

La *pag. 156. Cum în fibra nervoasă numai cilindrul ax e realmente continuu, substanţa sa e aceea care în nervi primeşte şi transmite sguduitura moleculară*“.

Proprietatea ce are nervul de a transmite excitaţiunea succesiv moleculă la moleculă atât cât permite continuitatea de substanţă, indică deja că excitaţiunea provocată în mijlocul nervului trebue să se propage în două direcţiuni, în spre centru şi în spre periferie.

La pag. 154: „Ori ce cauză care întrerupe difinitiv sau temporar această continuitate, opreşte sau suspendă, *transmisiunea ondulaţiunei nervoasă*“.

„Transmisiunea neputându-se face decât prin continuitate de substanţă, fiecare fibră nervoasă *conduce* excitaţiunea izolat“.

Vom cità acum din Frédéricq şi Nuel (6).

Pag. 354: „Intârzierea corespunde timpului *transmisiunii* excitaţiuni *în lungul* capătului nervului, coprins între 1 şi 2“

Pag. 355: „Cele două funcţiuni fundamentale ale nervului, excitabilitatea şi conductibilitatea par intim legate una de alta. Ajunge într'adevăr să admitem că schimbarea moleculară sau vibratorie ce constitue procesul excitaţiunii o dată născut într'un punct al nervului, provocă în substanţe continuă aceeaşi schimbare şi că această schimbare se propagă din apropiere în apropiere pentru a aveà explicaţiunea plausibilă a *conductibilităţei nervului care în fond n'ar fi decât transmisiunea procesului excitaţiunii.*

Vom cità acum din tratatul lui Waller 7) tradus de Hertzen

La *pag. 418.* „Dar nu toţi nervii aferenţi sunt sensitivi în acest sens că impulsiunile *pe cari le transmit* la centru nu sunt percepute de conştiinţă etc“.

La *pag, 421*: „Acelaşi nerv sau aceeaşi fibră nervoasă pot uneori să fie realmente sensitivi, adică să *transmită la cunoştiinţa* impresiunii primite la periferie.

„Aceleaşi fibre aferente sau eferente, sunt acelea cari *transmit reflexele* involuntare la sau dela măduvă“.

La pag. 423: „Toţi nervii pot să *transmită impulsiuni* eventuale, câţiva nervi *transmit constant impulsiuni centripete sau centrifuge*“.

La pag. 433: „Se întâmplă uneori ca excitabilitatea locală la o iritaţiune să fie absentă într'un traect de nerv, *care transmite încă impulsiunile primite dela părţile sale situate deasupra sau dedesubtul acestui traect.*“.

Iată cum se exprimă Morat şi Doyon (8) (pag. 49):

Daca un nerv e tăiat în traectul lui, el încetează de a *transmite* excitaţi unile dincolo de punctul secţionat. Chiar dacă se alipesc cât de exact posibil cele două capete ale sale, *conducţiunea* încetează de a se face.

Pag. 50: „In starea normală nervul *transmite* excitaţiunile dela un pol al său la cellalt". „Axonul depinde de celulă pentru nutriţiunea şi conservaţiunea organizaţiunii sale interioară. El nu atârnă, într'un mod imediat, extemporaneu pentru ceeace numim funcţionarea sa. Isolat de ea el se comportă încă ca neuronul întreg, *el e încă apt a primi excitaţiunile şi a le transmite la extremitatea sa. Tocmai acesta este rolul sistemului nervos în organism*».

Iată acum în ce mod se exprimă Arthus (9):

Totuşi conductibilitatea neuronului e maximă, nici un alt element organizat nu posedă proprietatea de a *transmite* în diferitele sale părţi, excitaţiunea în acelaş grad ca neuronul.

In acelaş sens întrebuinţează cuvântul *transmisiune* cunoscutul neurologist italian Donaggio (10). Iată cum se exprimă acest autor: „Din punct de vedere fiziologic, admite ipoteza că fibrilele puse în evidenţă prin coloraţiunea electivă *sunt destinate să transmită stimulele, reprezintă căi de conducţiune* nervoasă» şi într'altă parte (pag. 65): «Dar nu putem să excludem că în prelungirile protoplasmatice în acelaş timp cu fibrilele cari *transmit* în sens centripet există fibrile destinate la o funcţiune centrifugă». Tot în acelaş sens găsim definitive cuvintele conducţiune şi transmisiune în dicţionarul lui Litré.

Voiu încheià citând definiţiunea pe care Morat et Doyon o dau şi *conductibilităţii.*

Conductibilitatea e aptitudinea mai mult sau mai puţin mare a nervului să transmită această excitaţiune în lungimea lui până la muşchiu.

Aceste citaţiuni dovedesc până la ultima evidenţă că în fiziologie *termenii conducţiune şi transmisiune nu`exprimă decât unul şi acelaş lucru conducţiunea influxului prin cilindrul axil.* Dacă Erb vorbeşte de transmisiune şi de conducţiune o face de sigur ca să nu fie nici o umbră de îndoială asupra opiniunii lui care nu e de loc aceia pe care i-o atribue d-l Ştefănescu.

D-nul Zănoagă ne spune, în fine, că nu vede în ce diferă de Erb.

Mi se va permite să-i spun eu. Erb în scrisoarea cunoscută se exprimă astfel:

«J'ai seulement emis l'hypothèse que la gaine de myeline est necessaire pour la production de l'irritation éléctrique *en ne disant rien sur la voie de transmision et de conduction de celle-là*».

D-l Ștefănescu în primul său articol zice că Erb susține *că calea de transmisiune e mielina* lucru de care Erb, precum am văzut, se apără. Nu e greu de văzut în ce constă deosebirea.

Mi se va permite să relevez acì modul cum d-l Zănoagă citează pe Erb.

Cuvintele: **En ne disant rien**, sunt înlocuite de două ori, căci d-l Zănoagă citează de 2 ori scrisoarea profesorului din Heidelberg, prin câtevà puncte.

D-l Zănoagă face oare aceasta *„pentru a fi clar și cinstit“?*

Voiu merge mai departe, arătând cititorilor în ce mod se apărà d-l Zănoagă.

„Este o altă chestiune aceea de a se ști până la ce punct este adevărat ceea ce spune criticul referitor la mielină, când scrie mielina e necesară pentru a împiedicà difuziunea curentului electric și că astfel s'ar puteà explicà necesitatea ei, căci ar servì în acest caz, precum e foarte probabil, ca o substanță izolatoare, întocmai ca mătasea ce izolează firile unei bobine electrice pentru a împiedicà și aci difuziunea curentului“.

„Mielina are un rol mai mare decât ceea ce afirmă criticul și fără mielină încă nu se difuzează curentul elecric etc“. După aceea d-l Ștefănescu combate această idee cu acelaș succes cu care își susține pe ale sale. Nu voiu intrà în detaliile acestei combateri, voiu spune numai că d-l Ștefănescu care a suprimat pentru trebuința cauzei sale cuvintele **en ne disant rien** din scrisoarea lui Erb, face acelaș lucru aci și înlocuește ca și acolo prin câtevà puncte cuvintele: **S'ar puteà presupune** că, cari preced fraza pe care o citează făcând pe cititori să creadă că eu am *afirmat* că mielina e un element izolator, pe când de fapt eu n'am admis aceasta decât ca o *ipoteză posibilă* fără să afirm nimic.

Aceasta o face de sigur d-l Zănoagă tot *„pentru a fi cinstit“*. Ipoteza de care am vorbit de altfel nu-mi aparține și nu știu cine a emis-o întâia oară. Ea și-a făcut drumul în știință și de sigur sunt puțini cei cari o ignorează precum o face d-l Zănoagă. E o ipoteză care poate să fie sau să nu fie adevărată, pe care însă în nici un caz nu o știrbesc argumentele d-lui Zănoagă. Cum această ipoteză nu e a mea, e inutil să o apăr. Precum a făcut-o de mai multe ori în cursul articolului din

„Revista ştiinţelor medicale“ d-l Zănoagă a căutat aci în mod conştient să inducă pe cititori în eroare.

Ipoteza de care e vorba o găsim de altfel şi în Beaunis formulată aşa: „Teaca lui Schwann lucrează ca organ de protecţiune; mielina are poate şi ea un rol protector, *dar pare a fi în plus un fel de substanţă izolantă.*

Aceiaşi opiniune o găsim exprimată şi în Mathias Duval (14). „După acest autor, membrana lui Schwann şi mielina n'ar fi, prin urmare, decât aparate de protecţiune şi de *izolare* pentru cilindrul ax“. Ipoteza aceasta nu se bucură de încrederea d-lui Zănoagă, pentru că nu'şi închipue d-sa că un element viabil poate să aibă un rol izolator. Opiniunea sa s'ar sprijini şi pe „teoria *ionilor* care nici de cum nu vrea să considere mielina ca un izolator“ etc.

D-l Zănoagă nu ne spune însă cum e considerată mielina în teoria ionilor, dar ne serveşte o lungă disertaţie asupra constituţiunii fizico-chimice a nervului şi asupra fenomenelor intime ce se produc în timpul activităţii lui. Cei cari vor fi citit acel pasagiu, vor fi admirat de sigur întinderea cunoştinţelor d-lui Zănoagă. Mărturisesc că eu, sceptic cum sunt din fire, n'am făcut-o Eu n'am văzut în aceea disertaţie decât manifestarea tendinţei la etalagiu cunoştinţelor, care face parte din psihologia d-lui Zănoagă, căci de fapt nimic nu probà în acel pasagiu că mielina n'ar puteà să aibă un rol izolator nici nu reeşeà cum ar trebuì să fie considerată mielina în teoria ionilor. Articolul meu erà dejà gata când amicul meu S. Marbe îmi puse sub ochi isvorul de unde s'a inspirat d-l Zănoagă şi de al cărui autor nu se pomeneşte nimic în articolul d-sale.

Cititorii vor judecà:

D-l Zănoagă.	Henry de Varigny, 11.)
„In adevăr se ştie că din punct de vedere chimic nervul este format şi din substanţe albuminoide şi din materii grase lecitina fiind bine reprezentată, cerebrina de asemenea. Aceste diferite substanţe se prezintă sub forma de soluţiuni şi aceste soluţiuni conţin gelatină după cum se ştie, formând coloide sau hidrosoli cari diferă mult de soluţiunile ordi-	„Le nerf, on le sait, est essentielement composé de fibres allongées, juxtaposèes, qu'on appelle des *cylindre-axes.* Au point de vue chimique, ces fibres sont formées de matières albuminoïdes et de matières grasses; la lécithine y est aussi abondante. Ces differentes substances se présentent sous forme de solution, et ces solutions contenant de la gélatine, comme

nare. Asupra acestui punct Hardy, apoi Bredig, în 1901, au făcut lucrări importante. După Hardy, protoplasma vieţuitoare este o soluţie coloidală formată din parcele solide suspendate în apă. Aceste parcele, prezintă caracterul de a fi cum susţine Helmholtz şi Quincke împrejmuite de un dublu strat electric. Dacă sunt încărcate pozitiv, moleculele de apă vecine, sunt încărcate negativ, în mod egal. Se pot decì considerà că fiind influenţate de curentul electric ca şi ionii, ducându-se către anod dacă sunt negative şi spre catod, dacă sunt pozitive. Prin încărcarea lor contrarie ele se resping în continuu, şi de aceea aceste molecule se menţin în stare de soluţiune. Fenomenul intim, esenţial, al nervului în activitate după doctrina luì Mathews ar fi o variaţiune în starea coloidelor sale, variaţiune care s'ar face posibilă graţie faptului că parcelele în soluţiune sunt încărcate cu electricitate şi pot în consecinţă să fie influenţate de descărcări venite de undeva".

on le sait, forment des colloides, ou des hydrosoles, qui different notablement des solutions ordinaires. Sur ce point un Anglais, Hardy et un Allemand, Bredig, on fait l'an dernier (Varigny scrià aceasta în 1902) des travaux importants. D'après Hardy, le protoplasma vivant est une solution colloïdale formée de parcelles solides en suspension dans l'eau. Ces parcelles présentent ce caractère d'être très volumineuses, proportionnelement aux molécules, et d'être, d'après Helmholtz et Quincke, entourées d'une double couche élctrique. Sont-elles pourvues d'une charge positive, les molécules d'eau voisines sont pourvues d'une charge négative egale. On peut donc les considerer comme étant influencées par le courant électrique de la même manière que des ions. Elles vont vers l'anode si elles sont négatives et vers la cathode şi elles sont positives. Et par les charges dont elles sont pourvues, elles se repoussent mutuellement d'où maintient à l'état de solution.

Le phénomène intime, essentiel du nerf en activité serait une variation dans l'état de ses colloïdes, variation qui sérait rendue possible par le fait que les parcelles en solution sont chargées d'électricité, et peuvent, par conséquent être influencés par des charges electriques de provenance quelconque.

Micele deosebiri ce există între textul francez şi cel român se explică astfel:

D-l Zănoagă vorbeşte de compoziţia chimică a nervului ca să inglobeze şi mielina, căci aveà nevoe ca să demonstreze (?) cu teoria ionilor că mielina nu poate servì de element izolator. Varingny care nu aveà această trebuinţă, vorbeşte numai de compoziţiunea chimică a cilindrului axil. Acest autor vorbind de cercetările lui Hardy şi Bredig zice,„ l'an dernier" căci scrià în 1902. D-l Zănoagă zice în 1901, căci scrie în 1905. Numele lui Mathews care figurează în *traducerea* română, lipseşte în textul francez căci Varigny scriind rândurile citate, expunea tocmai vederile autorului american pe care-l citase deja de mai multe ori. In fine dacă d-l Zănoagă traduce *charges* cu *descărcări* aceasta se datoreşte desigur neatenţiei sau faptului că a uitat să caute în dicţionar. Cititorii vor fi indulgenţi şi 'l vor ierta.

Câteva rânduri încă şi am terminat.

„Ţin a relevà faptul, zice d-l Zănoagă, că într'o primă parte criticul a denaturat sensul frazelor mele *citindu-le pe jumătate* pentru a trage concluziuni falşe, în a doua parte cred că am probat că ceea ce am susţinut este exact şi în conformitate cu toate datele electrofiziologiei şi in conformitate cu teoria lui Erb".

Fără îndoială e greu de explicat, cum se face că la sfârşitul unui articol d-l Zănoagă şi-a uitat ce zisese la începutul lui: „Pentru a fi clar şi *cinstit* vom cità fraza de care eu m'am servit şi pe care criticul a publicat-o în întregime".

„De fapt mai zice d-l Zănoagă, răspunsul dat de Erb şi publicat sub formă de scrisoare în această revistă, nu se referă nici de cum la ceea ce am susţinut in prima mea lucrare şi documentez în aceasta, ci la modul cum criticul a pus întrebarea distinsului neurologist".

Ţin să spun că în scrisoarea mea către Erb am spus acestui autor că într'un articol publicat în româneşte i se atribne o opiniune stranie şi care cred că nu-i aparţine. După aceea am citat textual traducând în franţuzeşte fraza d-lui Zănoagă. Ţin să mai adaog că am trimis un exemplar din critica mea savantului profesor din Heidelberg. Răspunsul său însuşi arată că se referă exact la fraza d-lui Zănoagă şi e cea mai bună garanţie pentru acesta din urmă că sensul frazei sale n'a fost denaturat.

Vom pune pentru a sfârşi unul după altul pasagiul d-lui Ştefănescu şi pe acela din scrisoarea lui Erb. Cititori vor judecà întru cât ele sunt *„în conformitate"*.

Atâta vreme cât puterea de conducţiune prin trunchiul şi ramurile nervoase este posibilă pentru curentul electric, *fie că calea de transmisiune este mielina aşà cum susţine Erb*, fie că este cilindrul ax şi atât cât se mai găsesc fibre musculare contractile muschiul va reacţionà la curentul electric.

Iată acum ce zice profesorul Erb, în scrisoarea ce a binevoit a'mi adresà.

„Vous avez absolument raison sur mon opinion. J'ai seulement proposé *l'hypothèse* que la gaine myeline soit necessaire pour la production de l'irritation électrique, *en ne disant rien sur la voie de transmission et de conduction de celle-là*“.

La începutul articolului său (al doilea) d-l Zănoagă a promis că va da lui Erb ceeace i-se cuvine. S'a întrebat oare d-sa în fundul conştiinţei sale dacă s'a achitat de această promisiune? Nu crede că i-se cuvenià lui Erb ceva mai mult? Nu e de părere că în loc să dea acestui autor ceeace i-se cuvine nu i-a lăsat nici ceeace e al său căci i-a luat şi înlocuit prin câteva puncte mute cuvintele atât de eloquente: „*en ne disant rien*“?

Cu aceasta am terminat cu d-l Zănoagă. Din cele ce preced şi din numeroasele citate ce am făcut din paginele d-sale (cine se îndoeşte de integritatea acestor citate să le compare cu originalul) cititorii se vor puteà convinge de claritatea şi de stilul autorului, de soliditatea cunoştinţelor sale precum şi de buna sa credinţă.

Revistele cari vor fi doritoare să mai posede aseminea mărgăritare să se grăbească a-i deschide coloanele. Intru cât mă priveşte, mi-se pare că niciodată cuvintele lui Buffon *Le style c'est l'homme même*“ n'au avut o confirmare mai strălucită.

BIBLIOGRAFIE

(1) **Castex.** *Électricité médicale.* 672. pages. Paris. 1903.
(2) **Déjerine et Thomas.** *Maladies de la moëlle.* **in Brouardel-Gilbert.** Tom. IX. 1902.
(3) **Larousse.** *Dictionnaire compet illustré.* 1895.
(4) **Beaunis.** *Elements de physiologie.* 1888.
(5) **Viault et Jolyet.** *Traité élémentaire de Physiologie humaine.* 1894.
(6) **Frédéricq et Nuel.** *Traité de Physiologie.*
(7) **Waller.** *Eléments de Physiologie humaine.* 1898.
(8) **Morat et Doyon.** *Traité de Physiologie.* 1902.
(9) **Arthus.** *Eléments de Physiologie.*
(10) **Donaggio.** Sulle vie di conduzione endocellulari. *Rivista sperimentale di freniatria* Giugnio. 1905.
(11) **Varigny.** Qu'est ce que la vibration nerveuse. *La Revue.* 1902.
(12) **Mathias Duval.** *Cours de Physiologie.* 1892.

FAPTE CLINICE

Dr. P. Găleșescu și **Victor Grădinescu.**

UN CAZ DE INVAGINAȚIE ILEO-CECALĂ

In ziua de 10 Septembrie a. c. intră în serviciul medical al d-lui Dr. Urlățeanu, dela spitalul Colentina, un individ surdo-mut. Acest bolnav s'a prezentat singur și nici n'am putut găsi pe cinevà, dela care să aflăm cevà asupra începutului și mersului boalei. A fost găsit pe sala spitalului având, o poziție caracteristică, stând pe vine și cu toracele flexat mult pe abdomen, iar cu mânile apăsà necontenit deasupra pubisului.

Erà în etate cam de 45 — 50 ani, foarte slăbit, musculatura atrofiată. Fața palidă, teroasă, cu cearcăne mari în jurul ochilor. Pielea uscată, rece, fără elasticitate. Bolnavul erà nefebricitant, pulsul mic frecuent, extremitățile reci. Limba uscată, albă, rece, pacientul respingeà ori ce mâncare și mereu arătâ cu mâna abdomenul, însoțind acest gest și cu un gemăt puternic, care arătà durerile atroce, pe cari le simțeà. N'aveà vărsături. Aveà sughițuri încă dela intrarea în spital.

Descoperind bolnavul, se constată abdomenul foarte mult balonat. La percuție, care e foarte dureroasă, se constată un timpanism și o sonoritate continuă peste întreg abdomenul. Nu se constată matitate nicăiri și nici vre-o zonă de sonoritate mai exagerată în vre-o regiune ca în alta. Prin palpație, care se face cu cea mai mare greutate, bolnavul nesuferind nici măcar a atinge pântecele său, nu se constată nimic altcevà decât o tensiune foarte mare în tot abdomenul. Căutând a stabilì o zonă mai sensibilă, se constată că în fosa dreaptă durerea e mult mai mare și bolnavul arătà mereu către acest punct. Apărarea prin contracțiunea mușchilor la acest nivel, se produceà numai prin atingere, bolnavul având o sensibilitate exagerată. Ințelegându-ne prin semne, am putut aflà că, starea actuală a lui datà de 4 zile, că n'a avut vărsături și că scaunele le-a avut regulat. Puțin timp după intrarea în serviciu a avut un scaun normal.

Toracele acestui pacient erà galinaceu, baza bombată mult, sonoritate exagerată pretutindeni, expirația mult prelungită, murmurul vezicular mult diminuat. Bolnavul n'a tușit de loc în timpul cât a stat la noi. Vârful cordului bate în al V-lea spațiu intercostal stâng sub mamelon, bătăile frecuente, cam surde.

Splina și ficatul nu par mărite.

Cât a fost în serviciu a urinat puțin, în urină s'a găsit un nor gros de albumină.

Găsindu-ne în fața acestui bolnav, se înțelege că diagnosticul de peritonită se impuneà, precum și gravitatea prognosticului. Ceea ce erà greu de diagnosticat, erà patogenia acestei peritonite. Erà ea o peritonită primitivă? Sau erà o peritonită consecutivă, unei apendicite sau unei strangulații interne sau unei leziuni de o altă natură? Bolnavul nostru prezentându-se în niște condițiuni excepționale, fiind surdo-mut și apoi fiind și într'o stare așà, că abià am putut să luăm câte-va date, înțelegându-ne prin semne, nu puteam să punem un diagnostic cauzal cu siguranță. Totuși, dat fiind localizarea fenomenelor dureroase, mai mult în fosa iliacă dreaptă, am rămas cu probabilitatea că, peritonita ar fi datorită unei apendicite. Se puteà delimità chiar un punct Mac Burney unde durerea, iperestezia și apărarea musculară erà mai exagerată. Și vom vedeà, că necropsia explică toate aceste simptome prin alte manifestații morbide decât ale unei apendicite. Negreșit, că acesta nu erà un diagnostic, lipsindu-ne multe din punctele importante, și apoi aceleași simptome s'ar fi putut observà și în alte leziuni localizate în cœcum sau în jurul lui, dar în fața unui caz ca acesta te gândești în totdeauna la ceea ce e mai frecuent și mai probabil și de aceea ne-am oprit mai mult la o peritonită generalizată consecutivă unei apendicite.

Starea generală a bolnavului fiind foarte rea și aflând, după cum am văzut, cu foarte mare greutate, că ea datează de vre-o

4 zile, prognosticul erà fatal, și nu am crezut oportună intervenția chirurgicală.

Starea generală devenià din ce în ce mai rea, bolnavul a petrecut prima noapte într'o excitare și tot timpul scoteà țipete, cari arătau marea durere, pe care o simțià A putut fi liniștit abia spre ziuă printr'o injecție cu morfină.

A doua zi starea generală continuă a fi rea, bolnavul nefebricitant, are un puls filiform abià perceptibil, faciesul teros, limba rece, uscată, extremitățile reci. I se fac injecții cu ser artificial, cafeină, eter, etc.

Spre seară bolnavul a avut un scaun foarte abundent de sânge curat, roș închis iar după o jumătate de ceas a sucombat. După cum vedem, singurul lucru, la care ne gândeam mai probabil, primește în momentul morței pacientului o desmințire, așà că bolnavul a sucombat fără diagnostic.

Se înțelege că ne-am fi putut gândì la toate leziunile, cari prezintă unul din simptomele de mai sus, dar siguranța nu puteà să fie a nici uneia și dacă am fi afirmat ceva sigur, ar fi fost hazardat.

A doua zi i-am făcut necropsia, care ne-a dat pe deplin dreptate, arătându-ne că în condițiunile de mai sus, diagnosticul sigur al leziunii erà aproape imposibil. La deschiderea cavităței abdominale, se constată ansele intestinale foarte mult distinse, iar cœcum enorm ca volum, ajungeà în lățime linia mediană. Coloarea lor erà verde-brună, cu rari pete rozate. In cavitatea puțin lichid purulent-murdar bine legat, cu un miros stercoral. Falșe membrane mari, aderente, fragede, pe unele locuri pe cale de organizare, așà că în acele părți ansele intestinale sunt lipite între ele.

In jurul cœcului enorm dilatat se constată prezența a câtorvà false membrane bine organizate, cari țineau cœcul fix, așà că cu toate că erà enorm dilatat, nu-și părăsise locul. Apendicele erà descendent, aderent și el și în acelaș timp prezentând o mică umflătură spre partea sa mijlocie, cavitatea în cea mai mare parte dispărută, mai ales spre vârf.

Urmărind intestinul constatăm, că o bună parte din el e invaginat în cœcum împreună cu mezenter. Imediat ce slabele neomembrane fibrinoase au fost desfăcute, intestinul subțire ieșea din cœcum, din cauza destensiunei lui. Incizând cœcum începând de sus în jos, găsim în cavitatea sa o bună porţiune din intestinul subţire. Inciziunea dusă până la extremitatea sa inferioară ne arată că în cœcum destins, se mai făcuse o invaginaţie pe o mică întindere, la nivelul valvulei ileocœcale. O secţiune transversală făcută la unirea cœcului cu colonul, arată că se compune: dintr'un cilindru extern format de porţiunea iniţială a colonului ascendent, un al II-lea cilindru format de prima jumătate a intestinului subţire invaginat şi întors pe dos şi un al III-lea cilindru format de a II-a jumătate a intestinului invaginat.

Mucoasele acestor două porţiuni se continuau spre extremitatea invaginaţiunii, care erà ca o gură liberă, ca o trompă, în conţinutul colonului format din o masă abondentă de sânge negru alterat. La extremitatea inferioară a invaginaţiei, la nivelul valvulei Bauhin aveam şi aci primul cilindru format de cœcum şi al III-lea de intestinul subţire, numai cel mijlociu erà format pe o mică întindere (3 cm.) de peretele cœcal. Cavitatea intestinului subţire ca şi a celui gros, erà plină cu sânge alterat şi ea nu prezentà nicăieri vre-o strangulaţie, care să oprească mersul conţinutului, astfel că explică, scaunele normale avute de individ. Extrăgând toată porţiunea invaginată, s'a găsit că aveà o lungime de 1 m. 43 cm. şi pe toată întinderea ei erà de o coloare roşie brună, care deveniă mai pronunţată cu cât ne apropiam de valvula ileocœcală. In apropiere de valvulă, peretele intestinal erà fragil, rupându-se la cea mai mică tracţiune şi prezentà în mai multe puncte perforaţiuni. Porţiunea din cœcum invaginată erà şi ea puţin iperamiată, ceeace arată un proces mai recent. Nu se constată pe mucoasa cœcului nimic de particular decât că, are o coloraţie brună; peretele cam indurat.

Nu se constată nimic în restul tubului digestiv. Ficatul normal ca mărime şi greutate, de culoare roşie-brun, prezentând multe pete galbene. La secţiune dă puţin sânge, ţesutul conjunctiv din spaţiile interlobulare ceva mai îngroşat, tăindu-se cu oare-care greutate. Splina mărită mult, plăci fibroase de perisplenită, capsula şi traveurile îngroşate, pulpa se rade cu uşurinţă. Pancreasul, de culoare palidă, nu prezintă nimic interesant. Capsulele supra renale normale.

Rinichiul stâng mic, de culoare galbenă, palid, cu piramidele bine distincte de substanţa corticală, care are o grosime de $^1/_2$ cm. Capsula se decortică cu oare-care greutate, suprafaţa rinichiului rămânând puțin granuloasă. Basinetul dilatat, plin cu urină.

Rinichiul drept, prezintă aceleași leziuni, în plus, niște caverne de mărimi diverse, până la acea a unei alune, pline cu un lichid purulent subțire, ce conține o cantitate de materie granuloasă, cazeoasă. In substanța răzuită de pe pereții cavernei s'au găsit numeroși bacili Koch. Basinetul plin cu puroi. Nimic din partea vezicei și ureterelor. Nimic particular la organele genitale.

Ganglionii limfatici abdominiali, mici, nu prezintă nimic de particular.

Organele toracice, nu prezintă nimic de particular, afară de un emfizem pulmonar.

De asemenea nu constatăm nimic din partea axului cerebrospinal. Ganglionii toracici nu sunt măriți de volum.

Cazul prezentat de noi, intră în cazurile obicinuite, de invaginație. Partea interesantă a lui, pe lângă condițiunile speciale în care ni s'a prezentat, mai rezidă și în acea că e la un om aproape de bătrânețe și la care se pare că mecanismul s'ar putea explicà într'un mod destul de satisfăcător: aderențele vechi și bine organizate, ținând cœcumul fix, a adus de sigur un factor determinant, important în invaginație, adăogându-se la alte cauze de un ordin mai secundar. Pe de altă parte, aderențele, au împiedicat, o continuare a invaginației cæcului, care după cum văzurăm, prezentà un mic început.

Cum se explică acum formațiunea vechilor aderențe din jurul cœcului? Aspectul particular prezentat de apendice ne poate face să ne gândim cu multă probabilitate la o apendicită, trecută în rezoluție și vindecată. Dacă am fi putut aflà cevà, spusele bolnavului ar fi fost de mult folos în această direcție. In privința tuberculozei, nu o putem pune în cauză, ea fiind localizată numai la rinichiul drept, pentru care fapt am cercetat toate organele, pentru a se vedeà că nu prezentà nici unul vre-o urmă de leziune tuberculoasă și cœcumul în această privință n'aveà nimic de particular.

FAPTE ANATOMO-PATOLOGICE

Dr. Fr. I. Rainer

Despre o pericardită circumscrisă cu sediu tipic.

Lucrare din laboratorul I. Clinici Medicale (Prof. Stoicescu).

Vreau să atrag atenţia în cele câte-và rânduri, care urmează, asupra pericarditei localizate în diverticulul cel mai însemnat al seroasei pericardice, în *diverticulul lui* Haller. Acest diverticul, pentru care Soulié (în trat. de anatomie a lui Poirier, ed. II, vol. II, p. 623) a propus numele de „marele diverticul al pericardului" ori de „fundul de sac al lui Haller", aceasta spre amintirea descripţiunii bune făcute odinioară de Haller, e așezat îndărătul atriului stâng. Intrarea diverticulului e coprinsă între cele două vene pulmonare inferioare. Adâncimea sa medie e de 4—5 cm. (Soulié). Indărătul lui, adică în mediastinul posterior, găsim pe un plan anterior esofagul, pe laturile căruia se află nervii pneumo-gastrici, și ganglionii intertraheo-bronhici; pe un plan mai profund, aorta, marea venă azigos. Marginea superioară a diverticulului e vecină bifurcaţiei trahei.

In acest fund de sac al seroasei se petrece, nu preà rare-ori, un proces de pericardită, care are o individualitate anatomică prin faptul că rămâne strict localizat acolo. Cum se explică localizarea în acea parte? — Intr'un număr de cazuri, poate, prin propagaţiunea procesului inflamator dela ganglionii intertraheobronhici imediat învecinaţi. Pe de altă parte putem bănui, că diverticulul lui Haller are faţă de marea cavitate a *pericardului* rolul de „Schlammfang" (după expresia lui Weigert), pe care îl are peritoneul pelvian faţa de marea cavitate *peritoneală*;

vreau să zic, că aici se strâng în mare parte, de sigur din cauza mişcărilor mai intense ale ventriculilor, substanţele străine din cavitatea pericardului favorizându-se astfel producerea unui proces inflamator, care rămâne circumscris graţie numărului mic, ori virulenţii mici a germenilor.

Ori cum ar stà aceasta, nu e mai puţin adevărat că *pericardita „Halleriană“* (ca să fiu scurt) există. In cursul ultimilor ani am observat-o destul de dese-ori. In 100 de protocoale de necropsii, dintre cele făcute în cursul anului 1903, o găsesc notată de 5 ori. In patru cazuri nu mai există decât numai urma— strict localizată în diverticulul lui Haller—a procesului inflamator: simfiza cavităţii diverticulare, totdeauna destul de laxă pentru a permite degetului explorator deslipirea foiţelor seroasei. In câte—şi 4 cazurile coexistau sinechii pleurale, mai mult ori mai puţin întinse; lipseau reziduuri apreciabile a unor procese inflamatorii ce s'ar fi petrecut în ţesutul conjunctiv retro-pericardic. Al 5-lea caz e al unui bolnav mort cu un cancer al esofagului, aşezat în treimea mijlocie a acestui organ; procesul neoplazic avusese ca urmare o perforaţie a peretului anterior a esofagului şi a păretului membranos al bronhiilor primare aşà încât luminile acestor conducte comunicau între ele la acel nivel 1). Acì, deschizând pericardul, găsii în cavitatea lui o cantitate de 3—4 linguri de lichid gălbui, turbure şi conţinând multe flocoane de fibrină. Aspectul pericardului visceral şi parietal vizibil, cu desăvârşire neted şi luciu, fără vre-o roşiaţă apreciabilă, nu explicà existenţa exsudatului. Explorând atunci diverticulul lui Haller, găsesc foiţa parietală a seroasei acoperită cu o falşă membrană fibrinoasă, aderentă.—Acesta e singurul caz de *pericardită „Halleriană“ acută*, pe care l'am observat.

---

1) Cazul e publicat în teza d-lui E. Florian, intitulată: *Contribuţiuni la studiul clinic al cancerului esofagului*, susţinută în anul 1903, lucrată în serviciul şefului meu, d-lui Prof. Stoicescu.

LUNA MEDICALĂ

SOCIETĂŢI SAVANTE STRĂINE

ACADEMIA DE ŞTIINŢE DIN PARIS.

Sedinţa dela 4 Septemvrie 1905

Porcher. Sur l'origine du lactose. Des effets des injections de glucose chez les femelles en lactation. Autorul a injectat la vaci, la capre şi la căţele în plină lactaţiune, atât sub piele cât şi în peritoneu şi chiar deadreptul, prin sfârc, în mamele, soluţiuni aseptice, ipertonice sau izotonice de glucoză. Scopul său erà de a probà că ori ce iperglicemie, la o o femelă cu lapte, duce la lactozurie iar nu la glicozurie. Concluziile la cari a ajuns sunt următoarele:

Activitatea unei mamele fiind dată, o asemenea glandă pare în stare şi de a elaborà, din glucoza normală a sângelui, lactoza care va trece solvată in lapte şi de a transformà tot în lactoză un exces de glucoză ce i-ar fi adus fie în mod experimental, fie în mod patologic. Cu toate acestea, activitatea glandulară rămânând constantă, dacă se exagerează proporţia de glucoză pe care o poate întrebuinţà pentru a face lactoză, ţesutul mamar se va aflà în neputinţă de a fixà pe toată şi de a o transformà în zahar de lapte. Aceasta va fi o *insuficienţă mamară.*

Ar existà de asemenea insuficienţă, dar acì din cauze de ordin invers, dacă fără a se exagerà cantitatea de glucoză, mamela s'ar slăbì repede ca'n cazuri patologice, (cazuri cu glicozurie intensivă). In rezumat: ori ce iperglicemie, fie ea de ordin experimental, fiziologic sau patologic, dacă se produce pe un teren favorabil, în speţă la o femelă cu mamelă în plină activitate, dă naştere unei lactozurii; condiţional totuşi ca această iperglicemie să nu fie exagerată.

Şedinţa dela 11 Septemvrie 1905

Ullmann. Le clignement vibratoire des paupières et les affections rénales. Clipitul vibratoriu al pleoapelor este, după cum a putut constatà autorul dese ori, indicele unei afecţiuni renale de ori ce cauză ar fi. Acest semn patognomonic se arată mai cu seamă la începutul afecţiunii, adică pe când aceasta mai este benină, chiar când nu este decât o simplă iritaţie. Clipitul vibratoriu se arată de preferinţă la pleoapele de sus, de cele mai multe ori la una singură, rar la cele de jos, precum şi la comisura externă. Când aceasta din urmă este sediul clipitului, ea trage tot ochiul după sine în mişcarea vibratorie.

Durata acceselor este de câteva minute până la $^1/_2$ oră şi uneori mai mult. Adesea accesul se repetă mai multe zile în şir apoi încetează. Insistenţa, persistenţa şi repetiţiile accesului nu sunt aceleaşi la toţi indivizii. Semnul clipitului nu se iveşte fără greşeală la toţi aceia cari sufer sau sunt ameninţaţi de o boală de rinichi. Există, şi aci ca'n toate, excepţiuni la regulă; acolo însă unde acest semn apare, este indicele unei afecţiuni renale ce deja există sau este pe cale de a se dezvoltà.

Analiza urinei va ajutà mult la verificarea diagnosticului şi la prescrierea unei medicaţiuni apropriate pentru a face să dispară acest fenomen supărăcios.

Autorul cunoaşte şi studiază acest clipit patognomonic de peste zece an şi nu l'a putut explicà decât prin auto-intoxicaţie, cu efecte asupra aparatului vederei şi mai ales asupra firelor nervoase ce vin din perechile a cincea şi a şeaptea. Această teorie pare confirmată de faptul că, de cele mai multe ori, clipitul vibrator este însoţit de myosis.

G. Z. P.

SOCIETATEA DE DERMATOLOGIE ŞI SIFILIGRAFIE DIN PARIS.

ŞEDINŢA DELA 13 IULIE 1905.

Gaucher, **Paris** et **Claude**. Chancre de la région présternale. Un băiat de 17 ani prezintă de vre'o 15 zile, în dreptul manubriului o ulceraţie care a debutat printr'o papulă. Ea se arată bine rotunjită, largă de trei centimetri şi aşezată pe o bază indurată. In dreapta şi în stânga adenopatii axilare şi inguinale dure şi nedureroase. Diagnosticul de accident primar este confirmat prin ivirea, de două zile, a unei rozeole diseminate cu elemente mijlocii, foarte caracterizată. Nici o altă urmă de şancăr pe nicăeri.

Contagiunea pare de origină familiară şi accidentală. Bolnavul are o soră în cură la St. Louis (spital de venerici) pentru accidente secundare şi acum două luni pe când ea se află deja în tratament, el şi-a pansat pieptul, ars, cu tinctură de iod veche, cu ajutorul unor rufe şi vată contaminate probabil de soră-sa.

Gaucher et **Milian.** Kératose palmaire et plantaire symétrique congénitale, malformations multiples. Bolnavul prezintat de autori, un om de 33 ani este un adevărat muzeu patologic ambulant. Afară de voluminoase vegetaţiuni keratozice la mâini şi picioare cu alteraţiuni, deformaţii şi deviaţii ale unghiilor, toate congenitale şi încet progresive, prezintă o mulţime de rău-formaţiuni: agenezie pilară, kisturi sudoripare cu conţinut grăsos, limbă scrotală, strictură pulmonară probabilă, laxitate ligamentoasă şi musculară permiţând mişcări neobişnuite, uscăciune şi pigmentaţiune a pielei intermediară vegetaţiilor keratozice, miros butiric al corpului cu toată grija de curățenie, comedoni în pielea capului, leucoplazie a buzelor și obrajilor, eritrodermie subjacentă keratozei, iperestezie cutanată foarte mare și exagerație mare a reflexelor tendinoase.

Acest caz este izolat în familia sa, nu prezintă nici o ereditate directă și nu se găsesc la părinți, prin anamneză cel puțin, nici o tară care-l poate explicà, nici alcoolism nici sifilis.

Bodin. Spirochaete pallida dans la syphilis héréditaire. In organele unui făt de 6 luni, lepădat de o sifilitică, i-a fost cu neputință autorului să găsească spirocheți, macerația fiind foarte înaintată. In schimb a găsit mulți în leziuni cutanate și organele unui copil de 15 zile mort de hepatită interstițială difuză net sifilitică. A obținut preparate foarte bune, colorând cu Giemsa (2—3 picături la cm.³ de apă) în timp de patru ceasuri. Ca și în cazurile dejà publicate de diferiți autori, organele în cari se găsește parazitul, sunt tocmai organele atinse de alterațiuni sifilitice.

Gaucher. Spina ventosa syphilitique. Este vorba de un bărbat de 37 ani, care pe lângă alte leziuni, unele net sifilitice, altele în aparență tuberculoase, prezintă la mâna stângă o ipertrofie grozavă, neregulată, cu depresiuni cari corespund la fistule vechi, de o coloare vânătă. Auricularul și arătătorul sunt deformate și ulcerate, celelalte degete prezintă spine-ventose tipice. Autorul a considerat la început aceste leziuni ca bacilare. A făcut deci examenul bacteriologic al puroiului ce curgea din fistule și a obținut un rezultat negativ. Inoculând apoi un cobai, acesta n'a reacționat de loc. In schimb tratamentul, cu 3 centigrame de benzoat de mercur și 4 grame de iodură de potasiu pe zi, a produs în câteva săptămâni o vindecare deplină. Spina ventosa erà prin urmare sifilitică, precum erau și celelalte leziuni, cari toate s'au vindecat.

Aviragnet et Coyon. Tumeurs cutanées multiples de nature sarcomateuse chez une fillette de six mois. Copil fără antecedente morbide, bine dezvoltat, prezintând la naștere, în partea dreaptă a cefii, o mică tumoră sesilă de grosimea unui bob de mazăre, nedureroasă spontan sau la presiune și acoperită cu piele normală. La vârsta de 2 luni și ½ au apărut o sumă de alte tumori împrăștiate. Actualmente există pe toată suprafața pielei: pe brațe, gambe, piept, abdomen și mai ales pe spate vre-o patruzeci nodule mici semi-dure, netede albicioase si lucioase, unele ușor colorate în brun, îngropate in derm, cu mărgini hotărîte, atenuându-se când se întinde pielea și de grosimea unui grăunte de mei până la acea a unei alune, nedureroase. De semnalat sunt și niște pete eritematoase, având în centru o papulă albicioasă, cari apar fie la presiune fie spontan și în locul cărora, după spusa părinților, apar tumorile. Aceste pete, adevărată urticarie, dispar în câteva ceasuri.

Clinicește se impun trei ipoteze: urticarie pigmentată cu formă nodulară, xantom sau neurofibromatoză, cari sunt însă nimicite de examenul istologic. Acesta desvelește o inflamație a dermului cu celule embrionare tinere, cu nucleu mare umplând aproape toată protoplasma, pe alocurea se văd myeloplaxe. Mai există și vase neoformate și puțin țesut conjuctiv adult. Nicăeri nu sunt elemente străine cari ar puteà da de bănuit prezența unor elemente parazitare. Examenul sângelui negativ. Autorii cred că au aface cu tumori de natură conjunctivă, ce trebue clasate în grupul sarcomelor angioplastice, cu mers lent, nepresintând aci nici o figură kariokinetică. Prognosticul în-ă rămâne rezervat.

Darier zice că din punct de vedere clinic este mai probabil un xantom de formă eruptivă, iar examenul istologic nu este satisfăcător cât timp nu se va fixà o tumoră în Flemming.

Hallopeau. Sur une récidive de syphilis au bout de 30 ans. Deşi există observaţiunile pozitive ale lui Du Castel, Brocq, Galezowski, Nobl, Haslund, Baurowicz, Schultze, Neumann, Mracek, Spagelli şi alţii, Fournier nu admite recidivele sifilisului decât ca „prodigios de rare“ şi autorul însuşi nu observase nici una până acum. Este vorba de un om de 54 ani, care a avut la 24 ani, o induraţie a buzeì cu adenopatie şi urmată de rozeolă. Diagnosticul de sifilis a fost pus de Demarquay apoi confirmat de Ricord şi bolnavul, după prescripţia acestuia, a urmat un tratament mercurial în timp de 7 luni.

La începutul lunei Iunie a. c. acest individ se prezintă autorului avànd o induraţie a preputului cu aspectul unui şancăr cicatrizat şi cu adenopatie inguinală. Pe lângă aceasta mai aveà şi o erupţie papuloasă cu elemente mari, evident sifilitică şi stâlpii palatini ulceraţi. Fournier a confirmat în mod categoric diagnosticul de sifilis pus de autor. Această recidivă de sifilis nu pare de loc atenuată, dacă se judecă după caracterele ei eruptive.

Gastou et **Quinton.** L'eau de mer en injections sous-cutanées dans la syphilis. Autorii au făcut în 5 cazuri de sifilis încercări terapeutice cu apă de mare injectată subcutan, care a dat rezultate foarte bune în multe boale sau turburări ale nutriţiunii şi mai ales în tuberculoză Iată ce au constatat acum:

1) Modificări în bine ale stării generale, sporirea greutăţii întocmai ca la tuberculoşi, la denutriţi şi debilitaţi.

2) O producţie cicatriţială pe toate ulceraţiile sifilitice, oricare le-ar fi perioada şi natura.

3) Consecinţa este, în unele cazuri, vindecarea repede, în altele din contră, după o pauză de ameliorare, oprire apoi noui ulceraţii. Aceste fapte pot fi interpretate, sau prin dispariţia momentană a virulenţei, sau printr'o modificare trecătoare a terenului.

4) In caz de asociaţie a injecţiunilor marine cu tratamentul mercurial, se observă o mai mare toleranţă pentru absorbţia mercurului şi prevenirea sau vindecarea mai repede a hydrargirismului.

Rezumând, aceste injecţiuni asociate cu tratamentul specific ar puteà permite în viitor instituirea acestui tratament în mod intensiv, pentru căutarea fagedenismului sifilitic.

G. Z. P.

SOCIETATEA MEDICALA A SPITALELOR

ȘEDINȚA DELA 27 OCTOMVRIE 1905.

Garnier et Lebret. Exploration des fonctions rénale, intestinale et hépatique chez un myxoedémateux. A. au constatat că într'un caz de mixœdem, rinichiul, intestinul și ficatul, deși nu prezinta o turburare aparentă, aveà totuși o funcționare neregulată,

Eliminarea albastrului de metilen erà tardivă, lentă și slabă; digestia erà turburată deși bolnavul nu erà constipat; în fine, doza relativ puțin urcată de sirop de zahăr determinà glicozuria.

După 15 zile de tratament tiroidian, aceste diferite funcțiuni fură ameliorate; albastru de metilen erà eliminat normal, carminul din mâncarea de probă erà evacuat 24 ore, glicozuria alimentară persistà mai mult timp, dar după 25 zile de tratament, proba nu mai da decât un rezultat îndoios.

Așà în cât în mixœdem toate funcțiunile sunt turburate și alături de simptome nervoase și cutanate, alături de acelea legate de distrofia generală, trebue să alipim și pe acelea care arătă viciul de funcționare a viscerilor principale

Gaudy și Bornait Legueule. Rhumatisme cérébral suraigue. A. raportează observațiunea unui tânăr de 25 ani care la a 9 zi a unui atac reumatismal de intensitate mijlocie și cu mers banal, fu apucat brusc de accidente cerebrale delirante, cari aduseră moartea în 11 ore. La autopsie se găsì determinațiuni multiple asupra seroaselor, endocardită, pericaradită, pleurită. Autorii insistă din contră asupra absenții leziunilor nete din rinichi, ficat, leziuni regăsite în alte observațiuni și invocate drept cauze patogenice de reumatism cerebral. Autorii au constatat în acest caz leziuni de cromatoliză difusă a tuturor elementelor celulare ale scoarței cerebrale. Aceste leziuni nu au nimic de patognomonic și se întâlnesc într'un mare număr de infecțiuni sau intoxicațiuni.

Danlos. Chancre syphilitique du vertex. A. prezintă un bolnav având nn șancru sifilitic la vertex. Modul de inoculație nu a putut fi stabilit.

Galliard. Invagination intestinale sans phénomène d'obstruction. Elimination spontanée de l'anus. Guérison: Autorul citește observațiunea unui copil de 4 ani și ½ care prezentà simptome de colită dizenteriformă, fără nici un fenomen de obstrucție intestinală. El evacuà într'o zi o membrană lungă, groasă.

Examenul istologic arată că este vorba de un lambou al colonului cu toate stratele sale. Clinicește trebue să admitem că o porțiune din intestin invaginat s'a eliminat spontaneu. Aceasta evacuațiune fu urmată de însănătoșire complectă.

P. GAL.

ȘEDINȚA DELA 3 NOEMVRIE 1905.

Comby. Scorbut infantile. Un copil de 8 luni, palid, anemiat, aveà 2 incisivi, gingii tumefiate și echimotice și o paralizie dureroasă a membrelor inferioare. Acest copil fusese nutrit cu lapte oxigenat sau nectar. Alimentația cu lapte fert, tratamentul cu zeamă de portocale (3 linguriţe pe zi) au adus vindecarea.

Al Il-lea de 10 luni erà nutrit cu lapte maternizat de când erà de o lună. N'aveà dinţi, nici echimoze gingivale dar aveà o paraplegie dureroså. Tatăl fiind sifilitic s'a crezut într'o asemenea infecţie însă tratamentul cu lapte fiert şi zeamă de portocale a dat vindecarea în 8 zile.

J. Lemaire. **Sur la fièvre dite de „Malte“ à Alger.** Impreună cu Gillot făcând la toţi febricitanţi: sero-reacţia Widal, sero-diagnosticul Wright, cercetarea hematozoarului şi culturi din sânge a observat 30 cazuri de febră de Malta în 5 luni. La 9 cazuri sângele aveà o putere aglutinantă mare pentru culturile de micrococus melitensis, din sângele acestor bolnavi însămânţând 2—4 cm. c. în 250 cm. c. de bulion s'a obţinut câte o cultură pură din acest microb. Inoculând sputa bolnavilor la cobai, serul acestora căpăta o putere aglutinantă netă pentru m. m.

Le Gendre. **Sydromes cholélithiasique et appendiculaire associés.** Raportează cazul unei femei de 39 ani suferind de 2 luni de dureri gastrice după masă, are într'o bună zi vărsături alimentare apoi bilioase persistente. A doua zi colici şi constipaţii. După o purgaţie durerile abdominale se măresc; constipaţia şi vărsăturile persistă. La intrarea în spital temperatura de 38° şi punctul lui Mac Burney, păreau a impune diagnosticul de apendicită. Subicterul, pigmenţi din urină şi un focar dureros cu împăstare la nivelul veziculei biliare fac pe autor să interpreteze cazul ca o cholelitiază primitivă cu cholecistită subacută subepatică consecutivă. Această peritonită ar fi determinat sindromul apendicular. Inegalitatea pupilară observată de autor aci a mai fost găsită în stări patologice dureroase a tubului digestiv sau a anexelor lui.

Comby. spune că a mai întâlnit sindromul apendicular la un copil cu pneumonie a vârfului şi crede că iradiaţiile fără propagaţie infecţioasă pot fi încriminate.

Letulle. amintind că la foarte multe autopsii se găsesc leziuni apendiculare chiar la persoane cari în viaţă nu se plângeau de nici o turburare din partea acestui organ, crede că sindromul apendicular observat corespundea unor leziuni apendiculare.

Variot. **Un cas d'atrophie infantile prolongée.** Prezintă o copilă de 5 ani, care pare de 2 ani. N'are semne de rachitism, ci prezintă semnele atrofii infantile prelungite sau ipotrofiei.

Marcel Labbé et Beaujard. **Purpura et leucémie limphoïde chronique.** Raportează observaţia unei bolnave de leucemie cronică cu manifestaţii purpurice, asupra căreia radioterapia a făcut modificări considerabile.

GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN U. KINDERHEILKUNDE IN WIEN.

(pädiatrische sektion).

ȘEDINȚELE DELA 16 ȘI 30 MARTIE.

In aceste două ședințe se poate relevà:

1) O comunicare a lui **Neurath** despre anatomia patologică a Paraliziei infantile.

2) **Szekely** demonstrează metoda sa propice de a produce un lapte pentru sugaci: Laptele încălzit la 60° e supus într'un aparat special la un curent energic de acid carbonic: cazeina e precipitată și rămâne zerul. La acest zer se adaogă 2% lactoză, și smântână pasteurizată la 70°. Laptele astfel preparat are compoziția celui de femee și e aproape steril. Rezultatele obținute cu acest lapte, în Budapesta, au fost excelente.

3) **Spieler** arată 4 copii prezentând în acelaș timp vegetațiuni adenoide și o dublă exoftalmie. Acest sindrom a dat dejà prilegiu la o nouă teorie după care gușa exoftalmică ar fi datorită unei exagerațiuni a secrețiunii interne a amigdalei faringee ipertrofiate. In cazurile prezentate, ablațiunea vegetațiunilor n'a avut nici o influență asupra exoftalmiei. Patogenia acestui sindrom nu poate fi precizată: autorul crede că poate fi vorba de o stază limfatică retrobulbară determinată prin amigdala faringee ipertrofiată.

4) O comunicare a lui **Hamburger** «*despre mijloacele pentru a favorizà alăptarea copiilor de către mame*» a dat loc la o discuție generală din care nu reese nimic nou.

GRIGORE JACOBSON.

REVISTE ȘI PUBLICAȚII STREINE

ANATOMIE ȘI ISTOLOGIE NORMALĂ

Bikeles und **Franke**. Die Lokalisation in Ruckenmark für Motorische Nerven der vorderen und hinteren. Extremität vorzüglich beim Affen (Cercopithecus) in Vergleich mit Befunden am Hund um talweise auch an der Katze. (Localizările spinale pentru nervii extremităților anterioare și posterioare mai ales la maimuțe (cercopitecus) în comparație cu rezultatele obținute la câine și în parte și la pisică. *Deutschen Zeitschrift für Nervenheilk 29. Band.* 1905.

Relativ la nivelul originei diferiților nervi, autorii obțin în experiențele lor rezultatele următoare:

Cercopitecul.	Câinele.
Cubitalul 1 Dors. + 8 Cerv.	Aceleași segmente.

Cercopitecul	Câinele
Medianul 1 Dors+VIII Cervic + $^1/_2$ inf. VII cervic.	1 Dors + VIII cervic + partea cea mai inferioară din a 7-a.
Radialul 1 Dors partea superioară și medie+VIII cervic+VII cervic+VI cervic partea cea mai inferioară.	I dorsală (partea cea mai superioară +VIII cervicală+VII cervic, uneori și partea cea mai inferioară din a VI-a.
Musculo-cutanatul.	VII cervic partea superioară și medie +VI cerv.
Axilarul.	VII cervic+VI cervic.
Cruralul V. lomb+IV Lomb. + III lomb.	VI lomb. (p. super.)+V lomb+IV lomb sau V și IV lomb.
Obturatorul.	VI lomb (p. super. și medie) + V lomb+IV lomb.
Sciaticul I Sacrată + VII lomb + VI lomb + V lomb (p.infer.).	II Sacr.+1 S.+VII lomb.+VI lomb + (V lomb extr. inf.).
Sciaticul popliteu extern VII lomb +VI lomb+(V lomb p. infer.	VII+VI lomb.
Sciaticul popliteu intern.	2 Sacr.+1 Sacr+VII și VI lomb
Fesierii.	1 Sacr p. super. (uneori) VII lomb +VI lomb.

Ca pozițiune nervii ce dau firele motrice regiunilor dorsale es din grupurile mai laterale, cei în raport cu regiunile ventrale ies din grupurile mai interne. In detalii autorul confirmă punct cu punct rezultatele obținute de d-l prof. Marinescu precum și de mine împreună cu Dr. Goldstein și cu D-na Parhon.

C. PARHON.

DERMATOLOGIE ȘI BOLI VENERICE.

Adamson. Lichen pilaris seu spinulosus. *British Journ. of Dermatol, 1905, No. 2—3.* Sub numele acesta autorul descrie o afecțiune ce se vede la copii, mai cu seamă la băeți, pe trup și pe membre, mai mult sau mai puțin simetrică și caracterizată prin apariția unor nodule mici țepoase sau filiforme, dispuse în grupe. Avem aface aci cu neoformațiuni iperkeratotice în orificiile glandelor sebacee. Nodulele sunt ușor roșetice. In nici un caz nu există mâncărime. Acnea cornoasă a lui Hardy, Vidal și Leloir este aceeași afecție ca Lichen spinulosus. La copii adesea și la adulți în general lichenul acesta este însoțit de Lichen planus. Istologicește se găsește o iperkeratoză a foliculului. Inflamație perifoliculară aproape nu se vede niciodată.

(Mi se pare că autorul a descoperit keratoza pilară, cunoscută de când lumea și particularitățile ce-i atribue ca simptome obișnuite, nu sunt decât acelea ale cazurilor ce le-a observat și ale celor pe cari le citează din literatură).

G. Z P.

Juliau Bouygues. Le zona, sa contagiosité, sa pathogénie. (*Arch. génér. de méd.* 26 Sept, 1905). Autorul admite o zonă secundară, pe care o numeşte şi erupţie zosteriformă, venind în mod insidios şi fără mişcare febrilă şi o zonă primitivă, care vine cu toate caracterele unei maladii generale infecţioase şi contagioase. Aduce câteva observaţii personale de zoster contagios, care ar fi datorit unei nevrite a trunchiurilor nervoase periferice şi conchide la uzul aceloraşi indicaţii ca şi într'o maladie infecţioasă şi contagioasă.

M. P. CIUCĂ.

Nobl. Zum Kapitel der Graviditätsdermatose Impetigo herpetiformis. (La capitolul dermatozei gravidităţi I. herp.) *Wien. med. Wochenschr. 1905, No. 21—22.*

La două femei autorul a observat apariţia repetată cu ocazia sarcinelor, a unor eflorescenţe herpetoide, aşezate în grupe sau în cercuri pe toată suprafaţa corpului. Femeile erau de altfel sănătoase, dar regulat, puţin timp după debutul gravidităţii, se arată şi afecţiunea, într'un prestadiu eritematos, însoţită de o mâncărime de nesuferit. Mai târziu, pe fondul eritematos apăreau şi grupurile de vezicule. Afară de marea mâncărime, din când în când, starea generală sufereà şi alte turburări, în timpul cărora temperatura se ridicà până la 38°. Pe măsură ce înaintà graviditatea se uşurau şi simptomele boalei şi după naştere ele dispăreau cu totul, fără a lăsà vre-o urmă de cicatriţă pe piele. Pe nouii născuţi nu s'a văzut nici odată cea mai mică alteraţie patologică. In totul boala prezintà o evoluţie favorabilă. S'au descris însă de autori asemenea cazuri cari au avut soluţii fatale.

G. Z. P.

Preobraschenski. Zur frage der Bedeutung der Syphilis in der aetiologie des Tabes Dorsalis — Uber einen Fall von Tabes dorsalis im Kindesalter (Despre chestiunea syfilisului în etiologia tabesului dorsal; asupra unui caz de Tabes dorsalis în copilărie) *Monatsch. f. kind.* Iunie 1905. Autorul e un partizan convins al originei sifilitice a tabesului.

1) Deşi nu există o probă directă de raporturile între sifilis şi tabes, totuşi un mare număr de probe indirecte pledează pentru existenţa acestor raporturi, astfel că Sifilisul se poate considerà ca cauza principală a Tabesului; fără sifilis nu e tabes, precum nu există paralizii difterice fără difterie.

2) Toate argumentele aduse în contra acestei păreri, sunt insuficiente.

3) Condiţiunile cari provocă desvoltarea tabesului la sifilitici nu sunt cunoscute; rezultă însă din observaţiunile autorilor şi din cele ale lui Preobraschenski că un tratament antisifilitic precedent n'are nici o influenţă; Tabesul dorsal se poate dezvoltà *după*, şi chiar *pe timpul* unei cure antisifilitice energice. Etiologia Tabesului dorsal se rezumă cu aceleaşi cuvinte cu cari Krafft-Ebing a rezumat etiologia paraliziei generale: *Sifilisaţie şi civilizaţie*.

GRIGORE JACOBSON.

Thibierge et **Ravaut**. Inoculation de produits syphilitiques à la paupière chez les singes macaques. *Annales de Dermatol. et de Syphiligr*, 1905, No. 7, p. 575).

In experienţele făcute de Ch. Nicolle, Metchnikoff şi Roux, proporţia nesucceselor a fost considerabilă. T. şi R. cercetând cauzele inconstanţei rezultatelor pozitive, s'au convins că reuşita experienţelor este în strânsă legătură cu receptivitatea regiunii alese pentru inoculaţie şi explică nereuşita frecventă a autorilor precedenţi, prin faptul că de cele mai multe ori au făcut inoculaţii în regiunea genitală, de sigur fiindcă aveau în vedere originea obişnuit venerică a sifilisului. In experienţe mai recente s'a cercat regiunea cefalică, care pare a aveà sensibilitate mai însemnată. Dar şi'n aceasta autorii au obţinut un oareşi-care număr de rezultate negative. chiar variind punctele de inserţie a virusului In cele din urmă au găsit un loc bine definit care a oferit în mod constant o reacţiune evidentă, anume muchea pleoapei superioare. Avantagele acestei regiuni mai sunt multe: inoculaţia se face uşor; dacă în timp de câteva ore se ţin mâinele maimuţii legate la spate, nu-şi poate şterge ochiul; se poate cu uşurinţă observà mersul leziunii fără a o scoate din colivie; inoculându-se o singură pleoapă, comparaţia cu cea simetrică uşurează constatarea reacţiei îndată ce începe; în sfârşit, regiunea aceasta permite mai mult ca oricare facerea de biopsii şi din cauza vascularizaţiei sale bogate leziunile istologice, al căror sediu interesează tocmai vasele, sunt mai uşor constatabile.

Rezultatul inoculaţiei se vede după 20—35 zile. Apare întâi o infiltraţie a marginei libere a pleoapei, în dreptul punctelor de inoculaţie, apoi un edem difuz şi o congestiune a pleoapei mai ales pe faţa mucoasă, încât apare mai înălţată ca cea din partea opusă. Alte ori (în genere la animale tinere) se produce în dreptul inoculaţiei un adevărat nodul inflamator în dreptul căruia pielea se roseşte în ton arămiu şi este lucioasă, semănând destul de bine cu un element papulos d'al omului. Intensitatea leziunii creşte câteva zile, apoi stă pe loc. Intr'un caz erà încă foarte aparentă 52 zile după inoculaţie. Slabele dimensiuni ale leziunii şi sediul ei pe o regiune foarte mobilă, fac să nu se poată pipăi uşor. Consistenţa ţesuturilor înfiltrate deşi este mărită nu se apropie nici de cum de induraţia de obiceiu aşà netă a şancărului uman. Nici odată leziunea nu s'a ulcerat; ganglionii nu se îngroaşă nici de cum; în fine la nici un animal autorii n'au văzut leziuni secundare cutanate sau mucoase comparabile întru câtva cu ale omului. La microscop se constată infiltrate abundente de limfociţi şi de *plasmazellen* aşezate împrejurul vaselor profunde şi uneori leziuni de arterită. In definitiv avem o leziune cu o individualitate particulară, dar în a cărei evoluţiune şi structură găsim principalele elemente cari fac individualitatea proprie a şancărului sifilitic.

G. Z P.

GINECOLOGIE ŞI OBSTETRICĂ.

Vautrin (Nancy). Trois formes rares d'ulcère du vagin et du col utérin. *Annales de Gynécologie et d'obstétrique*. Septemvrie 1905. *Prima formă* de ulceraţiune, de care se ocupă autorul, este *ulcerul rotund simplu al vaginului* (Zahn) cu următoarele caractere: dimensiune mică (ca o piesă de 50 de bani), unic ori multiplu; superficial, neinteresând decât mucoasa; marginele tăiate net, fără nici o înduraţiune; fundul regulat, fără anfractuozități. Leziune strict localizată, care nu se trădiază decât prin puțină secreție purulentă, cu evoluție insidioasă și indoloră. Ulcerul rotund are ca sediu aproape exclusiv fundul de sac vaginal posterior, în partea sa cea mai posterioară. Cauza cea mai probabilă a acestei ulcerațiuni ar fi scleroza arterelor.

A doua formă pe care o descrie este *ulcerul fagedenic a lui Clarke*, prin care se înțelege o formă de gangrenă a uterului, începând pe porțiunea vaginală a colului, întinzându-se pe cea mai mare parte a corpului uterului, producând o îngroșare și o indurațiune a țesăturilor subjacente, cu necroză neregulată și cu hemoragii frecvente și considerabile. Moartea ar putea surveni prin progresele gangrenei și prin slăbiciunea ce rezultă din perderile de sânge și prin secrețiunile ichoroase.

Cât privește a treia formă, ar fi vorba de un ulcer vaginal *prin turburare nervoasă vazo-motrice.* Observația pe care o dă autorul se referă la o fată de 20 de ani, nevropată, care pe lângă plăci de gangrenă cutanată, mai prezintă și o ulcerație vaginală, care deși superficială, are un mers fagedenic serpiginos.

Pentru autor, acest soi de gangrenă cu ulcerație ar fi comparabil cu gangrena multiplă spontană a pielei la histerici.

TRANCU-RAINER.

J. Veit-Halle. **Albuminuria în timpul sarcinei și nașterea prematură provocată.** (Albuminurie in der Schwangerschaft und künstliche Frühgeburt). *Berliner klinische Wochenschrift* No. 27, 3 Iulie 1905 Autorul caută să lămurească deosebirea albuminuriei gravidice de nefrita propriu zisă, pentru a putea stabili indicațiuni terapeutice. In favoarea nefritei ar vorbi *turburările oculare* și *ipertrofia cordului stâng.* Cum însă cele dintâi pot lipsi uneori, iar cea din urmă se întâmplă să fie greu de evidențiat, sunt cazuri când numai disparițiunea complectă a albuminei odată cu sarcina ne pune pe calea diagnosticului, în cazul acesta retrospectiv.

Din punct de vedere etiologic, autorul raportându-se la lucrările lui Scholten, Liepmann, ș. a. trage concluzia că: sub influența sarcinei trec în urină substanțe albuminoide (provenite din sincițiu deslipit și embolizat), decelabile numai prin precipitine, dar iritante pentru rinichiu. Când cantitatea de sincițiu, primită de organism este mai mică, avem a face cu albuminuria gravidică, ori eventual cu eclampsia. Când însă cantitatea e mare, avem a face cu nefrita propriu zisă. Cu alte cuvinte, deosebirile nu sunt decât graduale. Pe temeiul acestei concepții etiologice ne putem explica cum albuminuria gravidică poate să devie o adevărată nefrită.

Concluziunile practice formulate de Veit sună astfel: nu albuminuria ori rinichiul gravidic mă determină să intervin în contra graviditații, ci d'abea primele semne, care arată că s'a efectuat tranziția în spre nefrită; consider că semnele cele mai importante în acest senssunt: *ascita, ipertrofia vădită a ventriculului stâng* și înainte de toate *alterațiunile retinei.* Acestea sunt pentru mine o indicație pentru întreruperea artificială a graviditații fără a mai avea în vedere dezvoltarea sau viabilitatea fetului.

De asemenea nu apariția unei graviditați la o nefretică, constitue pentru mine indicația pentru întreruperea ei; ci primul semn care deceliază o turburare a stării de compensaţie la acea femee, aşà cum se dezvoltase ea în cursul nefritei; din acest punct de vedere sunt preţioase *dispnea* şi *neregularitatea pulsului.* Indată ce se manifestează aceste tulburări sfătuiesc întreruperea rapidă a gravidităţii.

Trancu-Rainer.

IGIENĂ ŞI TERAPEUTICĂ

Hilgermann. Wasserstoffsuperoxyd als Reinigungs-und Desinfektionsmittel im Friseurgewerbe. (Apa oxigenată ca mijloc de desinfectare şi de curăţenie la coafori). *Archiv f. Hygiene* Vol. XXV. Fasc. 1, pag. 40—48).

Autorul după numeroase experienţe făcute în laboratorul profesorului Rubner în Berlin, recomandă pentru desinfectarea periilor, apa oxigenată din comerţ (10 volume) îndoită cu apă. In soluţiile acestea (5%) periile ţinute 30 minute, devin complect sterile. Experienţele au fost făcute cu perii peste cari se turnau culturi de stafilococ, trichophyton şi favus. Intr'aceeaşi soluţie 2—3 perii pot fi desinfectate consecutiv foarte bine.

Chiar sporii bacteridiei carbunoase sunt omorîţi după 50 minute. Ce e important e că soluţia această nu numai că desinfectează, dar curăţă foarte bine periile, aşà încât coaforii pot s'o întrebuinţeze într'un dublu scop. Materialul întrebuinţat pentru construcţia periilor, lemnul etc., nu suferă câtuşi de puţin în urma acestei sterilizări. Extensibilitatea şi rezistenţa la ruperea perilor din perii rămâne aceeaşi încercată cu aparate de precizie înainte ca şi după desinfecţie.

Procedeul acesta absolut sigur şi foarte puţin costisitor, ar puteà fi introdus uşor, impus chiar pentru toţi coaforii, printr'o regulamentare specială. S'ar evità astfel transmiterea a o mulţime de boale contagioase prin intermediul materialului întrebuinţat de coafori.

S. Irimescu.

Cuylits. Le travail dans la thérapeutique des maladies mentales. Bruxelles, 1905. Un scurt raport prezintat asupra chestiunii, primului congres belgian de neurologie şi psihiatrie.

Autorul trece în revistă patogenia şi psihologia alienaţiunei mentale şi studiază în urmă natura şi acţiunea terapeutică a muncii fizice şi intelectuale.

Concluziunile autorului nu sunt de loc favorabile ideei unei întrebuinţări a muncei ca agent terapeutic.

„E excepţional, zice autorul, ca maladiile mentale să poată fi influenţate într'un mod fericit prin tratamentul moral al muncei manuale sau psihice. Aceasta nu poate fi decât un mijloc de distracţiune sau diversiune, poate mijlocul cel mai periculos căci solicită activitatea unor organe excitate sau slăbite cărora nu le-ar conveni decât repaosul". „Din toate distracţiile, cea mai bună e aceea care cere minimum de activitate fizică sau psihică. Munca care cu uşurinţă şi inconştient atrage o supraactivitate fizică sau mentală e o diversiune adesea ori periculoasă și nefastă. S'a putut deci zice, fără teamă de a fi tratat de paradoxal că cel mai bun exercițiu e repaosul".

C. Parhon.

Mc. Gowan. The use of Adrenalin-chlorid in haemorrhages and angioneuroses of the skin. (Intrebuințarea cloridratului de adrenalină în sângerările și angionevrozele pielei). *American Journ, of cutan. dis. 1905, Febr.* Autorul prescrie: la două ceasuri 0,6 cm^3. din soluția $^1/_{1000}$. După ce a încercat acest tratament, cu mare succes, într'un caz de emoragii grave la un individ cu arterioscleroză foarte pronunțată, s'a decis a întrebuință adrenalina în toate cazurile de Purpura, Morbus maculosus și alte asemenea afecțiuni. A avut în totdeauna rezultate bune. A mai obținut vindecarea unui nou născut prematur atins de Purpura cu emoragii interne grave. (La 2 ceasuri $^1/_2$ picătură de soluție $^1/_{1000}$). In urticarie a văzut adevărate „farmece" cu această medicație.

G. Z. P.

Florea Simionescu. Traitement de la syphilis par les injections de benzoate de mercure. (*Arch. génér. de méd.* 26 Sept. 1905). Autorul arată cu fapte clinice superioritatea tratamentului hipodermic în sifilis asupra celui intern (calea digestivă) și extern (tricțiile); ineficacitatea sărurilor insolubile de Hg., care pe lângă alte dezavantaje ca dureri, noduli, au și pe acel de acumulare a Hg. în organizm și deci pericolul la un moment dat a unei intoxicări prin Hg. întrebuințează benzoatul de Hg. cu mult succes și mai ales cu rezultate imediate surprinzătoare. Ca modificare de technică, întrebuințează în facerea soluției în locul apei sterilizate serul de berbec după indicațiile lui Bockhart.

M. P. Ciucă.

MICROBIOLOGIE ȘI ANATOMIE PATOLOGICĂ

Peter Bergell u. **W. Liepmann**. Uber die in der Plaz haltenen Fermente (Asupra fermenților conținuți în placentă) (*Münchener med. Wochenschrift.* No. 46. Nov. 14. 1905, pag. 2211). După c n ajutorul experiențelor la animale s'a constatat absorpția electivă a vilosităților choriale, s'a căutat să se determine prin metode chimice natura fermenților din placentă.

Hofbauer a găsit albumose în placentă, ceea ce indică existența de fermenți cari descompun sabstanțele albuminoide. B și L. din sucul placentar, au separat un mare număr de fermenți: fermenți diastatici, sacharifianți, glicolitici, lactase și fermenți cari descompun substanțele albuminoide. Incercările de a găsì fermenți cari se difere de cei normali în placentele sifiliticelor și eclampticelor n'au dat nici un rezultat până acum.

Cercetările lui B. și L. arată deci că există în placentă o serie de fermenți cari descompun diferite substanțe, dar care pot servì și la fenomene de sinteză.

Existența acestor fermenți poate să explice multe din fenomenele fisiologiei foetusului și patologiei gravidelor.

S. Irimescu.

Franz Blumenthal. **Ueber die Bedeutung der Gruber-Widalschen. Reaktion bei Erkrankuugen der Leber und der Gallenwege.** (Semnificarea aglutinărei bacilului tific în afecţiile hepatice şi ale căilor biliare) *(Medizinische Klinik.* 1905. No. 48 5 Nov. 1905, pag. 1227 — 1234). Revistă generală asupra aglutinărei bacililor tifici în afecţiile căilor biliare, însoţită de un număr de observaţii proprii ale autorului şi interpretarea acestei aglutinări.

Aglutinarea bacililor tifici în alte afecţii decât febra tifoidă, dacă ar existà în realitate, ar diminuà mult valoarea acestui fenomen, ca mijloc de diagnostic. S'a semnalat de către un număr de autori (Paltauf, Ludke etc.) că serul ictericilor aglutinează bacili tifici în proporţii cari se găsesc şi în febră tifoidă Asupra cauzelor acestei aglutinări s'au dat mai multe explicaţii.

Trecerea bilei în sânge nu poate fi invocată, de oarece nici bila normală nici cea din vesicula biliară a tificilor nu aglutinează bacilul lui Eberth decât în proporţie foarte slabă.

Etiologia infecţioasă a unui mare număr de cazuri de icter dă mai uşor explicarea aglutinărei bacilului tific. In majoritatea cazurilor în aceste icteruri intervin bacili din grupul coli (Naunyn) şi aşà s'ar explicà—fiind date aglutinările de grup—aglutinarea bacilului tific. In cazurile de infecţii datorite altor microbi (abcese ale ficatului stafilococice, cu aglutinare positivă în proporţie de 1: 100) o infecţie secundară cu coli nu e exclusă.

Blumenthal în 4 cazuri de litiasă biliară a găsit aglutinarea pozitivă până la 1:2500. Nici unnl din aceşti bolnavi, n'avuseseră febră tifoidă. In bila lor însă—în urma operaţiei făcute pentru calcule biliare—autorul a putut determinà prezenţa bacilului lui Eberth.

Intr'un mare număr de cazuri de afecţii hepatice insoţite de icter, aglutinarea nu a fost găsită aşà încât o relaţie nu există între icter şi aglutinare.

După B. de câte ori această aglutinare se găseşte, e vorba de o infecţie datorită bacilului tific, chiar atunci când bolnavul nu a prezintat anterior fenomenele obişnuite ale febrei tifoide.

Bacilii tifici pot într'adevăr să provoace septicemii şi pyoemii, fără simptome şi leziuni abdominale, cum rezultă din observaţia unui însemnat număr de cazuri.

B. termină citând cazurile de litiasă biliară operată, cu prezenţa bacilului tific în bilă. Din 17 cazuri de asemenea natură pe care le-a putut observà, cu 13 examene bacteriologice pozitive, 5 prezentau bacili tifici în bilă.

Prezenţa aşà de frecuentă a bacilului tific se explică prin îndelungata persistenţă a acelui bacil în bilă, după o febră tifoidă (v. referatul lucrării lui Foerster şi Kayser în No. 4 al acestei reviste pag. 689).

Aglutinarea deci în cazurile de icter, nu e în relaţie cu icterul însăşi, ci cu o infecţie anterioară datorită bacilului lui Eberth sau bacililor din grupul tificilor.

S. IRIMESCU.

Fr. Pröscher. **Ueber experimentelle Erzeugung von eosinophilen Exsudaten.** (Asupra producerei experimentale de exsudate eosinofile) *(Folia hematologica.* 1905. I. No. 8) pag. 543—549. După injecţia intraperitoneală la cobai, a macerației de taenia saginata în apă fisiologică, a unei taeniotoxine solubile și resorbabile prin urmare, Pröscher și Pappenhaim au obținut un exudat puțin abundent compus din limfocite mici și câteva rare eosinofile polinucleare. Aceeași taeniotoxină sub formă de emulsie fină, neresorbabilă, cu acțiune pur locală produce din contra un exsudat abundent eosinofil cu forme de transiție dela endoteliile eosinofile la mononuclearele eosinofile. In câmpul microscopic se văd 50% din aceste eosinofile și 50% limfocite, nici un polinuclear neutrofil însă.

Taeniotoxina are deci o acțiune chimiotactică pozitivă asupra leucocitelor eosinofile din măduva oaselor și într'același timp o acțiune heteroplastică asupra celulelor fixe din țăsuturi, pe cari le transformă în celule eosinofile.

Protoplasma basofilă negranulată e transformată supt influența taeniotoxinei în granule acidofile.- P. nu împărtășește părerea lui Weidenreich și Klein, că eosinofilele ar provenì din limfocite sau din neutrofile polynucleare în urma fagocitosei hemoglobinei din globulele roșii. El atribue granulațiilor eosinofile o importanță biologică foarte mare în desintoxicarea organizmului. După P. aceste granulații ar conține anticorpi contra diferitelor toxine.

S. IRIMESCU.

Herxheimer u. Löser. Ueber den Bau der Spirochaete pallida (Asupra structurei spirochetului palid). (*Münchener med. Woch. 1905.* Nov. 15. No. 46, pag. 2212). H. și L. confirmă cercetările lor anterioare asupra naturei corpusculilor cari se găsesc în interiorul spirochetului: corpusculii interiori reprezintă nuclei și blefaroblaști corpusculii terminali, centrosomi.

Cu ajutorul colorației cu violet de gențiană ei au putut vedeà destul de distinct că dela un pol al spirochetului se detașează 2 cili și dela celalt un singur cil.

S. IRIMESCU.

Otto Huntemüller. Vernichtung der Bakterien im Wasser durch Protozoen (Distrugerea bacteriilor în apă prin protozoari) *Arch. für Hygiene.* 1905, Vol. XXV. Fasc. 2, pag. 89—101). Emmerich și Gmünd au arătat că bacilii tifici însemânțați în apa obișnuită nu mai pot fi regăsiți după câteva zile, pe când în apa sterilă prezența lor poate fi constatată chiar după un timp îndelungat.

Distrugerea repede a bacililor tifici e datorită după acești autori, protozoarilor cari se află în apă în număr destul de mare. Emmerich, colorând cu procedeul lui Giemsa a putut chiar să constate existența bacililor în corpul protozoarilor.

Huntemüller a confirmat aceste observațiuni și la Bodo ovatus, un protozoar foarte frecuent în apă, a putut constatà sub microscop, colorând cu o soluție diluată de albastru de methylen, înglobarea și digestia intracelulară a bacililor tifici.

Cercetările acestea arată că pentru distrugerea bacililor tifici din apă, rolul protozoarilor e foarte important.

S. IRIMESCU.

Gino de Rossi. Nella preparazione di culture conservabili per il saggio serodiagnostico macroscopico, e loro importanza nella profilassi del tifo. (Préparation de cultures conservables pour le séro-diagnostic). *Riv. critic. di clinica medica.* t. VI, 1905. (După Bull. de l'Institut Pasteur, Tome III, No. 20, 30 Octobre 1905.

Autorul arată că pentru sero-diagnosticul febrei tifoide, ne putem preparà produse analoage cu ale lui Ficker în modul următor: încălzim culturile timp de o oră la 59°—60° și atunci ele își păstrează luni întregi calitățile lor, conservându-le fie la 37°, fie la temperaturi inconstante, variind între 3° și 25° sau supunându-le la congelație timp de mai multe ore, de 2 ori pe lună.

Dr. C. G.

Robert Rössle. Spezifische Sera gegen Infusorien (Seruri specifice contra infusoriilor) (*Archiv für Hygiene.* 1905, Vol. XXV. Fasc. I, pag. 1—32), Injectând subcutan la iepuri emulsiuni de paramecii și glaucoma scintillans, Rössle a reușit să obțină un ser care în soluție până la 400, exercită o acțiune paralizantă asupra mișcărilor acestor infuzorii

Acțiunea aceasta durează câtvà timp. Trei zile în urmă, infuzoriile își recapătă însă mișcările primitive. Infuzoriile cari au suferit acțiunea serului și au fost paralizate, nu-și mai pierd mișcările, când sunt din nou tratate cu acelaș ser.

Schimbări morfologice nu se pot constatà la infuzoriile, supuse la acțiunea serului specific. Cercetările acestea sunt interesante din punctul de vedere al imunității în maladiile datorite protozoarilor (paludism, trypanosomiase). Imunitatea dobândită de protozoari contra serului specifiic, care se poate constatà în aceste experiențe, are o importanță deosebită deoarece arată că în infecțiile cu protozoari evoluția maladiei variază, după cum organizmul infectat capătă mai întâi imunitate contra protozoarilor sau după cum acești din urmă devin imuni. In ori ce caz e de presupus că cronicitatea într'unele maladii datorite protozoarilor, rezultă din faptul că agenții infecțioși au dobândit o inmunitate activă, cari îi face să învingă rezistența organică.

S. Irimescu.

A. Schottellus. Bakteriologische Beobachtungen bei einer Paratyphus. Epidemie. (Observațiuni bacteriologice într'o epidemie de paratyphus) (*Münchener med. Wochenschrift.* 1905. Oct. 31. No. 44, pag. 2116). Afecțiile datorite paratificilor sunt deja numeroase. Intr'o revistă generală din 1904 (Deutsche med. Woch. 1904, pag. 280) Clemens semnalează 100 cazuri. S. studiază o epidemie la Freiburg, datorită paratificului B. Schottmüller. Două săptămâni după vidarea unei haznale într'un hotel, s'au produs un număr de cazuri de boală cu aparență tifică. In toate aceste cazuri autorul a cultivat din sângele bolnavilor paratificul B. S. descrie cu această ocaziune caracterele diferențiale ale acestui bacil față de tific, coli și paratificul A. Un fapt interesant e că aglutinarea în toate aceste cazuri a fost mult mai ridicată față de paratificul B, de cât față de ceilalți bacili.

S. Irimescu.

G. Sabareanu et M. Salomon. Contribution à l'ètude de la séro-réaction de la bacille-tuberculose. (Méthode Arloing-Courmont). *Revue de médecine*, 10 juillet 1905. (După Bull. de l'Inst. Pasteur, Tome III No. 19, 15 Oct. 1905). Autorii dau rezultatul cercetărilor lor făcute pe 300 bolnavi. Iată rezultatele:

In tuberculoza pulmonară de gradul I-iu: sero-reacţia pozitivă pe 31 din 38 bolnavi. In tuberculoza pulmonară de gradul al 2-lea: 24 reacţiuni pozitive pe 30 cazuri. In tuberculoza pulmonară de gradul al 3-lea, sero-reacţiune rară (10 cazuri pozitive pe 33).

In tuberculoze locale: 20 cazuri pozitive pe 23, sero-reacţiunea permite de a descoperì tuberculoza în unele cazuri cari evoluează sub masca afecţiunilor pulmonare cronice (emfizem, astmă, bronchită cronică, şi la bolnavi atinşi de retresisment uretral, anemie, manifestaţiuni articulare subacute şi cronice.

Sero-reacţiunea se întâlneşte des în maladiile infecţioase acute (congestiune pulmonară, pneumonie, broncho-pneumonie, difterie, limfangită, reumatism articular acut): ea erà pozitivă în 26 cazuri pe 72 de boale cronice apiretice, fără semne clinice de tuberculoză.

In definitiv, fără a aveà o valoare absolută, metoda lui Araloing-Courmont, poate furnizà indicaţiuni interesante, complectând celelalte mijloace de investigaţie clinică; o reacţiune evident pozitivă, la un bolnav apiretic constitue o presumţiune în favoarea tuberculozei.

Dr. C. Gorescu

Brault et **Tanton.** Sur un cas de neuro-fibromatose généralisée (*Arch. génér. de méd.* 26 Septembre 1905). Bărbat de 43 ani, atins de acest sindrom în urma unui traumatism violent al capului, sindrom constând în degenerescenţa celor 2 ţesuturi, a căror origină este ectodermul: pielea şi sistemul nervos. Tumorile fibromatoase de dimensiuni variabile erau diseminate pe toată suprafaţa corpului; două din ele: una pe traiectul radialului şi alta pe acel al cubitalului enucleate au fost secţionate. Firişoarele nervoase înconjurau tumora ca o reţea, iar corpul tumorei erà format dintr'un ţesut de aparenţă sarcomatos şi foarte vascular. Inteligenţa şi memoria mult diminuată.

M. P. Ciucă.

Antoine Giraud. Lésions du Cerveau et du Cervelet chez une idiote aveugle-née. *Revue Neurologique.* No. 16, 1905, Alteraţiunile predomină în scisura calcarină şi fapt important de notat floculus, (din cerebel) lipsea aproape complect, fiind redus la câteva resturi friabile. Cu ocaziunea aceasta autorul aminteşte comunicarea prezintată de D-sa împreună cu Taty la congresul din Pau (1904) în care relatau un caz asemănător. La o idioată oarbă din naştere, au găsit scleroza circumvoluţiunilor calcarine, şi degenerescenţa floculului. Faptele acestea confirmă experienţele lui Dor care a observat atrofia floculului la epurii cu enuclearea globului ocular.

C. Parhon.

G. Modena. La degenerazione e la rigenerazione del nervo periferico in seguito a lesione. *Rivista sperimentale di Freniatria.* 10 Giugnio 1905. In scopul de a studià aceste fenomene, autorul a experimentat pe 68 animale (iepuri, câini şi cobaii) practicând compresiuni, ligaturi, secţiuni nervoase, urmate sau nu de suturi, în fine rezecţiuni ale nervilor. Pentru studiul fenomenelor regresive s'a servit de acidul osmic şi de metodele lui Mallory. Bethe, Kaplan, Weigert—Pal, etc. Leziunea unui punct din traectul nervului aduce desorganizarea trunchiului periferic şi pe o foarte scurtă întindere a celui central (când operaţia e făcută aseptic şi nervul nu e prea mult traumatizat). In porţiunea periferică se observă dezorganizarea mielinei şi a cilindrului ax care prezintă vacuole şi în urmă se reduce în granulaţiuni fine.

Metodele lui Flemming, safranina cu Carmin şi alun, (Kaplan, Weigert hematoxilina şi eosina, Van Gieson, Golgi, Golgi-Cox, Bethe au fost utilizate pentru studiul fenomenelor progresive. După 48–72 ore dela operaţie nuclei segmentului anular arată figuri cariokinetice, se divid, devin alungiţi. Segmentele interanulare capătă rolul de neuroblaste dispunânduse în coloane în cari după 10—15 zile se observă striaţiuni ale protoplasmei. Aceste coloane formate de segmentele interanulare vor produce noii cilindrii axi în care procedeul lui Golgi-Cox pune în evidenţă fibrilele. Procedeele lui Kaplan, Stroebe, Chilesotti, colorează substanţa perifibrilară. Aceasta nu apare decât atunci când începe a se formà teaca de mielină, lipseşte în fibrile fără acest înveliş ca şi la nivelul strangulaţiunilor lui Ranvier. Această parte a cilindrului ax începe la 18–22 zile dela operaţie. Teaca lui Schwann provine din ţesutul conjunctiv ca şi aceea a lui Henle. Regenerarea complectă nu se face decât atunci când capetele se pot unì Din contră, când ele sunt depărtate, se vede un început de regenerare, dar mai târziu nu mai găsim în porţiunea periferică a fostului nerv decât ţesut conjunctiv. Faptele arată deci că pentru regenerarea complectă a nervului, e necesară o influenţă a capătului central asupra celui periferic, dar că nouile fibre sunt constituite de elemente numeroase formate la periferie.

C. PARHON.

E. Perrero. Contributo anatomo-patologico a la patogenesi del morbo di Dupuytreen. *Revista sperimentale di psihiatria Vol. XXXI. Giugnio, 1905.* Autorul a avut ocaziunea să practice examenul măduvei într'un caz de retracţiunea aponevrozei palmare. Alteraţiunile găsite sunt următoarele: Canalul central, începând cu primele segmente cervicale merge dilatându-se cu cât descindem mai jos, atingând maximul în regiunea lombară. Neuroglia periependimară ie proliferată în regiunea lombară pe când în cea cervicală marele număr de celule epiteliale şi micul număr de fibrile arată un proces recent. E vorba deci de un proces hidromielic cu participare însemnată a neurogliei. Uşoară degenerescenţă, nesistematizată în cordoanele posterioare. Cazul aminteşte pe acelea observate de Bieganski şi de Testi, în cari s'au găsit leziuni asemănătoare cu cele din acesta, în măduva spinării.

C. PARHON.

Dr. F. de Quervain. (Berne) **De l'influence de l'alcoolisme sur la glande thyroïde** *(Semaine médicale,* 1 Noembrie 1905). Examinând 117 glande provenind dela alcoolici a putut constata leziuni însemnate (dispariţia aproape complectă a coloidului şi descuamarea epiteliului) în cea mai mare parte a cazurilor. Insistă mai ales asupra 11 cazuri, în cari intoxicaţia alcoolică nu puteà fi pusă la indoială. La obiecţia că aceste leziuni au puteà proveni printr'o iperemie congestivă, răspunde că cercetările experimentale ale lui Luthi n'au dovedit asemeni leziuni chiar în cele mai intense staze sanguine atât timp cât nu pătrundeà sângele în vezicule. Dispariţia coloidului trebueşte interpretată numai ca o deranjare a echilibrului între producere şi absorbţie. Analiza chimică a mai constatat şi o diminuare a cantităţii de iod, ce se găseşte normal, în corpul tiroid. A. încheieà căutând să stabilească o legătură între mixedemul infantil spontaneu şi o ascendenţă, alcoolică.

A. Şt.

NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE

G. Bonnus. Crampe des écrivains et torticolis d'origine mentale. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.* No. 3, 1905. La bolnava aceasta (o călugăriţă) tremurăturile mâinei în timpul scrierii au debutat în convalescenţa unei gripe, pe când pacienta voià să scrie o scrisoare. Tremurătura s'a manifestat în urmă în zilele următoare, dar a dispărut după 8 săptămâni „în urma unei serii de fricţiuni cu alcool pe coloana vertebrală dorsală“. Tremurătura reapăreà în urma surmenagiului prelungit după câteva săptămâni şi dispăreà din nou. Astfel reapărù în urma unui voiagiu obositor şi în curând fù înlocuită de contracţiuni ce se iveau în timpul scrierii. Trebuind să facă o corespondenţă de peste o sută de scrisori invocă ajutorul Maicei Domnului graţie căruia bolnava putù să-şi facă în mod perfect corespondenţa, scriind fără turburări cele 4 ore pe zi. Mai târziu cu o altă ocazie concursul puterii divine s'a arătat însă mai puţin eficace. In urma unui alt voiagiu obositor, bolnava simţì dureri în regiunea cefei mai pronunţate în dreapta. Durerile sunt însoţite de rigiditate ce predomină de aceeaşi parte. După vre'o 15 zile bolnava observă că în mod involuntar capul i se întoarce spre stânga. Bolnava poate însă prin voinţa să-l readucă la dreapta sau în poziţiunea la repaos. Acest torticolis se manifestă în urmă în cele mai variate circumstanţe, o emoţiune uşoară, întâlnirea cu o persoană cunoscută, întoarcerea capului şi a ochilor spre pagina din dreapta în timpul lecturii erau suficiente pentru a determinà rotaţiunea capului spre stânga. Fixarea bărbiei cu indexul. Un deget aşezat între sprâncene erau mijloace suficiente pentru ca bolnava să-şi menţină capul în poziţiunea normală.

E vorba de o bolnavă emotivă la care slăbiciunea cauzată de boală şi tremurătura consecutivă a determinat crampa scriitorilor. Modul cum aceasta a dispărut sub influenţa unei rugăciuni ca şi sub influenţa psihoterapiei (autorul fixà cu indexul său punctele din mâna bolnavei pe cari aceasta ziceà că le simte mai slabe) arată în mod manifest origina *mentală* a crampei în cazul acesta. Pentru torticolis origină a fost de sigur durerile cervicale resimţite de bolnavă. Exerciţiul şi psihoterapia au dat şi contra acestui accident de origină *mentală*, rezultate foarte satisfăcătoare.

C. Parhon.

Boinet et Audibert. Les paralysies des scaphandriers. (*Arch. génér. de méd.* 24 Oct. 1905). Frecuente la lucrătorii, cari se coboară prea des în fundul mării şi stau un timp prea îndelungat, recunosc de cele mai dese ori ca cauză prea repedea ridicare la suprafaţă, decompresiunea bruscă. In toate cazurile accidentele s'au arătat după 10, 15 minute dela ridicare. Imparte paraliziile în transitorii şi durabile, flasce la început, spazmodice mai târziu. Cele durabile sunt datorite unui focar de hematomielie, care ar ocupà aproape totalitatea sistemelor medulare exceptând coarnele anterioare iar cele transitorii ar fi datorite unor embolii gazoase (Azot după Paul Bert) provocate de o decompresiune bruscă.

M. P. Ciucă.

De Buck. La ponction lombaire. Bruxelles, 1905. Un raport prezintat primului congres belgian de neurologie. Iată concluziuuile principale ce se degajă din acest raport:

1). Lichidul cefalorachidian e un produs de secreţiune dat de epiteliul ependimar mai cu seamă de plexurile coroide. El se varsă în circulaţiunea limfatică, fie direct prin spaţiile perivasculare cum cred Cathelin, Milian etc, fie indirect prin difuziune (Sicard). El culege unele produse de dezasimilaţiune a centrilor nervoşi şi poate participà la leziunile traumatice şi la reacţiunile morfologice ale acestor centrii şi mai cu seamă a învelişurilor lor meningee.

2). Printre proprietăţile fizice ale lichidului cefalorachidian cromodiagnosticul ne dă pentru un moment cele mai multe date diagnostice. Studiul presiunii osmotice şi al densităţii vorbesc pentru natura secretorie a lichidului.

3) Printre caracterele chimice prezenţa cholinei şi mărirea cantităţii fosfatelor vorbesc pentru natura organică a boalei. Albuminometria nu poate înlocuì examenul citologic căci starea citologică a lichidului nu e într'un raport constant cu cantitatea de albumină. Bogăţia în albumină pledează pentru natura organică a boalei. Cercetările asupra acetonei, reacţiei diazoice, amoniacului, hemolizinelor au dat rezultate negative chiar în psihozele organice cele mai grave.

4). Datele diagnostice cele mai importante ni-le dă examenul citologic şi al formulei leucocitare.

5). Chestia permeabilităţii meningelor cere noi cercetări complectate prin examenul anatomopatologic al ependimului şi al plexurilor coroide.

6). Toxicitatea lichidului e slabă.

7). Examenul bacteriologic pe lamelă, în culturi sau inoculaţiuni la animale, poate luminà diagnosticul meningitelor. In psihiatrie acest examen a dat puţine rezultate, şi studiul istologic pare a probà că bacteriologia nu are decât un rol şters în patogenia morbidităţii psihice.

8). Ca terapeutică puncţiunea lombară, prin evacuaţiunea unei cantităţi de lichid poate fi un mijloc de decompresiune şi de drenagiu a materialurilor septice şi toxice,

In meningita francă puncţiunea repetată poate fi curatrice. In psihiatrià nu dă servicii, chiar în epilepsie.

Puncţiunea urmată de injecţiuni de medicamente, seruri, afară de rachicocainizare, rachistovainizare etc. cari au mai cu seamă indicațiuni chirurgicale și cari din punctul de vedere al analgeziei medicale, sunt avantagios înlocuite prin metoda epidurală n'a trecut încă perioada încercărilor, dar pare a fi chemată la un viitor serios în tratamentul unor afecțiuni ale centrilor nervoși.

C. PARHON.

Dieulafoy. Paralysie des nerfs moteurs de l'oeil chez les diabétiques. *(Presse méd.* No. 89, 1905) In acestă lecțiune clinică bazată pe 58 de cazuri (dintre cari 3 personale) D. stabilește:,

1) Că a VI-a pereche este cele mai deseori interesată (de 3 ori mai frecuentă decât a III-a) ceea ce constitue un element prețios pentru diagnosticul diferențial cu paraliziile oculare consecutive sifilisului și tabesului.

2) Aceste paralizii ne pot îndrumà pentru a pune diagnosticul de diabet.

3) Nu există relație directă între cantitatea de zahăr eliminată și apariția acestor paralizii.

4) Sunt în general subite și simptomele subiective durează în termen mijlociu câteva săptămâni, iar paralizia 2—3 luni.

5) Caracterul benign și transitoriu poate fi contrariat printr'un mers lent și progresiv, luând forma de *oftalmoplegie progresivă.* (Un cas al lui Koenig a terminat prin polio-encefalită mortală). Acestea sunt însă excepții.

6) Durerile nevralgice în regiunea temporală cu sau fără iradiații periorbitare preced, însoțesc sau urmează paraliziilor. Cele mai adese ori sunt un semn premonitoriu, când le găsim la un diabetic. Conexiunile rădăcinei descendente sensitive a trigemenului cu nucelul lui Deiters, care la rândul lui are comunicații directe cu nuclei oculo-motori, ar explicà după Bonnier asociația între nevralgie și paralizie.

Asupra patogeniei D. refuzând să creadă într'o acțiune toxică, se gândește mai curând la o leziune a podișului ventriculului al IV la locul semnalat de Cl. Bernard.

A. ȘT.

Gaussel. Contractures précoces et permanentes dans un cas d'hémiplegie de l'adulte. *Nouvelle iconographie de la Salpêtriere.* No. 3 1905. Se știe că în Emiplegie Contractura apare de regulă după câteva săptămâni dela instalarea paraliziei. Când debută în mod precoce e de regulă trecătoare. In rare cazuri ca în cel descris în această lucrare, contractura apare în mod precoce și persistă apoi indefinit.

E vorba de o femeie de 63 ani atinsă de o emipligie survenită în urma unui ictus. Contractura apărù de atunci și a rămas persistentă. Emiplegia e de partea dreaptă și se însoțește de afazie. Trăsăturile feței sunt deviate spre dreapta. Brațul lipit de trunchiu. Artropatie scapulo-umerală dureroasă. Antebrațul în semiflexiune, mâna face un unghiu drept cu antebrațul și e înclinată spre marginea cubitală. Degetul mic și anularul foarte flexate în palmă, mediul mai puțin flexat. Prima falangă a indexului în extensie, ultimile 2 în flexiune. La membru inferior gamba în extensie pe coapsă, piciorul în extensie forțată e în varus equin. Degetele flexate în spre talpă exceptând pe cel mare care e mai degrabă în extensie. Pe lângă debutul precoce al contracturei e interesantă în această observaţie atitudinea ce acest simptom o imprimă membrelor amintind pe aceea ce se observă în emiplegia infantilă. Leziunea ar fi probabil o emoragie cortico-meningee ce a distrus circumvoluţiunile regiunii perirolandice stângi şi partea posterioară a frontalei a III-a de aceiaşi parte. Intr'un caz al lui Déjerine în care bolnavul, un emiplegic infantil avea o atitudine asemănătoare cu aceea a bolnavei lui Gaussel leziunea interesà regiunea rolandică medie şi partea posterioară a celei de a 2-a şi a 3-a frontală.

C. PARHON.

L. Marchand, G. Petit et **Coquot. Méningo-encéphalite diffuse et hémiatrophie cérébeleuse chez un chien.** *Nouvelle iconographie de la Salpêtriere.* No. 3 1905. Observaţiunea anatomoclinică a unui câine de 2 ani $^1/_2$ ce a suferit de boala câinilor tineri (jigodie) la vrâsta de 2 luni. Incetul cu încetul s'au instalat următoarele turburări: Mişcări de manej dela stânga spre dreapta. La început animalul descria cercuri mari, cu timpul a ajuns să se învârtească pe loc. Pareză cu exagerarea reflexelor tendinoase la câte şi 4 membrele.

Inegalitatea pupilară. Reflexele pupilare păstrate. Sensibilitatea conservată. Inţepăturile nu determină decât retragerea regiunei înţepate fără ca să caute să muşte. Amauroză, surditate. Pierderea gustului şi mirosului. Stupoare absolută. Nu'şi cunoaşte numele, nu manifestă mulţumire dacă e mângâiat, nici frică, mânie, etc. în circonstanţele apropriate. La necropsie s'a văzut atrofia emisferului cerebelos stâng, cu degenerescenţa fibrelor anterioare ale protuberanţei de aceeaşi parte, leziune cu care trebue pusă în legătură mişcarea de manej dela stânga la dreapta. In creier leziuni de meningo-encefalită difuză cu atrofia fibrelor tangentiale, proliferare nevroglică. Vasele înconjurate de un mare număr de celule rotunde. (Autorii nu ne spun mai mult asupra naturei lor.) După aceşti observatori leziunile ar fi absolut superpozabile acelora ale paraliziei generale a omului. Faptul însă că natura celulelor ce infiltrează vasele nu e indicată cu mai multe detalii, permite oarecari rezerve. Relativ la starea psihică a câinelui autorii conchid că la acest animal concepţiile intelectuale sunt determinate mai cu seamă de senzaţiile prezente. Abolirea percepţiilor determină imediat o stare de stupoare. Relativ la etiologie, autorii cred că diferite maladii infecţioase pot da naştere paraliziei generale.

C. PARHON.

Oettinger et **E. Agasse Lafont. Maladie oseusse de Paget. Trois cas observés dans une même famille. Hypothèse nouvelle sur la pathogénie de cette affection.** *Nouvelle iconographique de la Salpêtriere.* No. 3, 1905. Observaţiunile a doi fraţi având aceiaşi meserie, spălătoria şi suferind amândoi de Maladia lui Paget. Simptomatologia e tipică în ambele cazuri. Volumul mare al capului cu faţa normală. Ingroşarea claviculelor. Incurvaţiunea cifotică a coloanei vertebrale. Ingroşarea femurului şi a oaselor gambei şi încurvarea aceloraşi oase astfel că membrele inferioare prezintă o curbură foarte pronunţată cu concavitatea înăuntru. Ambii bolnavi sunt în vârstă înaintată (63 şi 60 ani). Tatăl lor după informaţiunile date de bolnavi şi de copiii lor a prezentat o simptomatologie identică. Se pare că aci e vorba de o maladie ereditară şi familiară. Interpretaţiunea patogenetică dată de autori, ne face însă să credem că aceasta nu e decât o aparenţă. Boala a fost pe cât se pare familiară numai din cauza profesiunii comune în câteşi trele cazurile. Dintr'o statistică făcută de autori reese că din 31 cazuri în cari profesiunea e indicată, în 16 există o intoxicaţiune profesională cronică prin acide şi în 7 din aceste cazuri ocupaţiunea bolnavilor erà spălătoria. Luând în consideraţie că aproape în toate cazurile e vorba de bătrâni cari au putut să'şi schimbe profesiunea şi de cauze de intoxicaţie ce au putut fi scăpate din vedere, ipoteza autorilor devine mai probabilă. Pentru ei maladia osoasă a lui Paget, acest rachitism al bătrânilor ar fi datorită unei intoxicaţiuni profesionale cronice prin acizi minerali. Un punct ce rămâne însă de elucidat e dacă această cauză n'are decât un rol adjuvant, diminuând alcalinitatea sângelui, precum o fac şi alţi factori printre cari bătrâneţea, alcoolismul, oboseala sau e însăşi cauza eficientă a oricărui caz de maladia lui Paget bine caracterizată.

C. PARHON.

Valobra. Les œdèmes circonscrits aigus et chroniques sous la dépendance du système nerveux. Rôle de la secretion lymphatique dans leur pathogénie. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, No. 2 et 3, 1905. Un studiu general asupra acestei chestiuni. Autorul caută să probeze că între simpla erupţiune de urticaria, edemul lui Quinque şi edemul segmentar al lui Debove sau trofoedemul cronic al lui Henry Meige există o înrudire strânsă şi că există toate stadiile de transiţie dela prima la ultima.

Toate aceste turburări ţin după Valobra de o perturbaţiune în circulaţiunea şi secreţiunea limfei, dependinte de sistemul nervos Comparaţiunea trofoedemului cronic cu elefantiazisul din care rezultă o asemănare izbitoare face această teorie foarte probabilă. Se ştie că elefantiazisul ţine de o turburare mecanică în circulaţia limfei. In trofoedem ar fi o secreţiune exagerată a limfei. Variaţiunea de coloraţiune a erupţiunilor de urticaria ca şi a regiunilor atinse de edem acut sau cronic arată pe de altă parte independenţa cel puţin relativă a turburărilor în chestiune de starea circulaţiunei sanguine.

C. PARHON.

A. Vigouroux et Laignel-Lavastine. Les scléroses combinées médullaires des paralytiques généraux. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.* No. 3, 1905. Trei-spre-zece observaţiuni anatomoclice de scleroze combinate la paralitici generali. In 4 cazuri numai cordoanele anterolaterale erau interesate, în 3 cazuri numai cele posterioare. In 6 atât cele anterolaterale cât şi cele posterioare. Frumoasele planşe ce însoţesc lucrarea şi cari reprezintă secţiuni din diferite niveluri ale măduvei tratate cu metoda lui Weigert sunt încă mai eloquente decât însăşi descripţiunea autorilor

In unele cazuri scleroza medulară avea caracterul aceleia din tabes. (Taboparalizia lui Füstner.) Alături de aceste cazuri există altele în cari în afară de leziunile tabetice există o scleroză descendentă a cordoanelor laterale, aceasta din urmă succedând, fie unei meningomielite, fie unei ramolițiuni cerebrale.

In unele cazuri leziunile de tabes și paralizie generală, sunt expresiunea unui proces rapid și unic de meningomielo—encefalită conform concepțiunii lui Raymond și Nageotte. In alte cazuri acelaș proces de meningomielo—encefalită nu se traduce la nivelul măduvei decât printr'o leziune pseudo, sistematizată conform concepțiunii lui Joffroy și Rabaud. In fine în unele cazuri scleroza cordoanelor posterioare erà consecința unei radiculite ca și în unele din cazurile lui Nageotte, iar scleroza fasciculului fundamental din cordoanele laterale consecința unei poliomielite ca în unele din cazurile lui Klippel.

Vigouroux și colaboratorul său nu admit sclerozele *primitive* în sensul că fibrele nervoase sunt atinse cele dintâi și direct, ci împreună cu Déjerine susțin că nimeni nu e autorizat a susține o leziune primitivă a fasciculelor decât în cazul în care secțiunile seriate ale nevraxului nu arată punctul de plecare.

Intru cât privește diversitatea alterațiunilor, aceasta nu constitue în general decât expresiunea diferitelor faze a unei aceleași maladii.

C. PARHON.

M. Villaret et **L. Francoz.** **Une famille de quatre sujets atteints de dysostose cléido-cranienne héréditaire.** *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. No. 3, 1905. In câte și 4 cazurile, (mama cu 3 copii) existau caracterele mai mult sau mai puțin complecte ale disostozei cleidocraniene ereditare a lui Pierre Marie. Autorii lucrării acesteia admit că disostoza cleidocranienă e o entitate bine definită. Semnul care în afară de aplazia claviculară li s'a părut cel mai constant e întârzierea suturei fontanelelor care produce aspectul patognomonic al craniului și exagerarea diametrului biparietal. Aceste mari dimensiuni ale craniului contrastează cu slaba desvoltare a feței. In toate cazurile observate de Villaret și Francoz bolta palatină erà foarte ogivală și dentițiunea neregulată. La mamă leziunea claviculară erà unilaterală, ceeace e rar. Unirea între fragmentul intern și cel extern al claviculei se făceà în cazurile lor, când printr'un fel de pseudartroză (rar) când printr'o punte fibroasă care de altfel poate fi incomplectă sau poate lipsì cu totul. La radiografie fragmentele claviculare apar ca niște segmente cartilaginoase sau ligamentoase. Autorii au mai notat prezența unei proeminențe anormale tuberculului trapezului la nivelul marginei posterioare a spinei omoplatului și care pare în strânsă legătură cu aplazia claviculară, căci e foarte aparentă și bilaterală la copii cu dubla aplaxie claviculară, e mai pronunțată de partea leziunii claviculare (unilaterală) la mamă și lipsește la ultimul său născut cu claviculele normale. Caracterul ereditar e foarte net în cazurile de față ca în cele mai multe din observațiunile publicate, de altfel. Cazul ultimului copil trebue considerat ca o formă frustă, căci deși claviculele sunt normale leziunile craniului sunt tipice. Tot astfel cazul mamei, în care leziunea claviculară erà unilaterală și exagerațiunea diametrului biparietal lipseà. Există însă întârzierea în sutura fontanelelor.

Intre semnele secondare ale afecțiunii, autorii semnalează micimea taliei în unele din cazuri și diformațiunile basinului, acesta din urmă putând da loc la distocii. Etiologia și patogenia rămân necunoscute.

C. PARHON.

Manheimer Gommés. **Ereuthose émotive conjonctivale.** Communication au congres de Rennes 1—7 Avril 1905, în *Revue Neurologique* No. 16, 1905.

Ori ce regiune vasculară dacă ocupă atenţiunea pentru un motiv oare care, poate fi sediul unor turburări vaso-motorii, ce aduc cu sine reacţiuui emoţionale comparabile Ereutozei şi Ereutofobiei obişnuite.

In cazul observat de autor ie vorba de un bărbat de 42 ani, operat pentru strabism intern la un ochiu, operaţie ce a necesitat o largă plagă a conjunctivei. De atunci ori de câte ori aude vorbindu-se de o leziune operatorie sau accidentală a ochiului, apare o congestie a ambelor conjunctive ce dispare dacă atenţiunea ie îndreptată în altă parte.

In momentul paroxismului bolnavul are ca de regulă în stările obsedante, sentimentul de opresiune, de constricţiune toracică şi epigastrică, urmat de detenta caracteristică. Roşeaţa conjunctivelor nu apare decât în circumstanţele indicate.

C PARHON.

Sollier Paul. (Boulogne sur Seine). **Héroïne ethéroïnomanie** (*Presse méd.* No. 89, 1905) Din 120 de cazuri tratate, S. ajunge la concluzia, că e o greşală a se tratà morfinomania, substituind heroina morfinei. Avantajele heroinei şi puţina sa toxicitate aşà de mult lăudate, sunt iluzorii şi numai teoretice. Practica lui S. a arătat că rezistenţa individuală faţă de heroină e cu mult mai mică decât faţă de morfină. Afară de asta heroina se adresează bulbului şi prin acesta influenţează considerabil ematoza.

Ca argument deciziv contra heroinei S. aduce tratamentul heroinomaniei şi morfinomaniei, prin suprimarea toxicului (sevrage). Pe când sincopele cardiace ale morfinomanilor se pot uşor înlătură prin prepararea dinainte a tuturor căilor de excreţie glandulară; sincopele respiratorii ale heroinomanilor cu mult mai periculoase nu se pot înlătură şi ca culme pentru tratarea lor se fac cu succes injecţii cu morfină în doze mult mai mici. Aşà că rolurile sunt acum inversate tratând heroinomania prin morfină. Dionina trebue privită. după S., cu aceeaşi neîncredere ca şi heroina.

A. ŞT.

PATOLOGIE EXTERNĂ

Roith. **Zür Kombinierten-Morphin-Chloroform Narkose.** (Asupra narcozei combinate cu scopolamină, morfină şi chloroform). *(Münchener med. Woch*, 1905, Nov. 14. No. 46, pag. 2213). R. citează o statistică de 230 narcose, din clinica ginecologică dela München, Heidelberg şi din clientela sa, cu rezultate bune.

Cantităţile de narcotice întrebuinţate au fost de 0.5 miligr. hioscină şi 1—1,5 centigr. morfină. $^1/_2$ oră până la o oră înaintea operaţiei. Cantitatea de cloroform întrebuinţată a fost redusă cu $^2/_3$ din doza obişnuită, în termen mediu numai 15,3 grame de cloroform. După narcoză se injectează subcutan 1.500—2.000 c. c. soluţie fiziologică sare pentru a calmà setea, care urmează după întrebuinţarea hioscinii şi pentru a provocà o diureză abundentă.

Bolnavul se deşteaptă câtevà ceasuri în urmă fără să prezinte nici o turburare.

Procedeul acesta trebue să fie întrebuinţat cu prudenţă la nefritici şi cardiaci.

Singura precauţie pentru narcotice e că trebuesc preparate soluţii proaspete. Pastile conţinând cantitatea necesară de substanţe, disolvate în momentul întrebuinţării ar fi indicate în acest scop.

Avantagele acestei narcoze combinate, consistă mai cu seamă în înlăturarea turburărilor, cari urmează câteodată după narcozele cu cloroform sau eter.

S. IRIMESCU.

Paul Sittler (Strassburg). **Die Sterilisation elastischer Katheter.** (Stérilisation des sondes élastiques). *Centralbl. f. Bakter., I, origin.* 5 Juillet p. 194 După Bull. de l'Instit. Pasteur, Tome III, No. 19, 25 Oct. 1905. După autor, din toate procedeele actuale de sterilizare a sondelor, cele mai puţin vătămătoare sunt ale lui Janet prin vapori de formaldehidă, la temperatura camerei, apoi acela de ferbere într'o soluţie de sulfat de amoniac. Procedeul lui Janet are defectul că n'are o acţiune de pătrundere destul de mare, pe când cel de al 2-lea prezintă inconvenientul că deteriorează cu timpul sondele.

Antorul propune de a sterilizà sondele, în vapori de formalină, însă la temperatura de 60°—70°.

D. C. G.

PATOLOGIE INTERNĂ

E. Baumann. **Ueber Immunisierungsversuche gegen Tuberculose.** (Asupra încercărilor de imunisare în tuberculoză). *Medizinische Klinik I*, No. 46, 1905, Oct. 22, pag 1162—1165). B. a încercat pentru imunizare mai întâiu procedeul indicat de Lévy (v. referatul No. 5 al revistei pag. 833) emulsia în glicerină 80% a bacililor tuberculoşi. Animalele astfel tratate, injectate cu bacili tuberculoşi au supravieţuit faţă de animalele martore; după un timp însă mai îndelungat (până la $7^{1}/_{2}$ luni) au sfârşit prin a murì tuberculoase.

Rezultatele pozitive obţinute de Lévy se datoresc după B. faptului că el s'a servit ca să verifice imunitatea obţinută de un bacil tuberculos probabil atenuat şi a sacrificat animalele în experienţă prea curând—a 13-a săptămână.

Se ştie însă că sunt animale inoculate cu bacili tuberculoşi cari sucombă foarte târziu.

A. a încercat pentru inmunizare o rasă atenuată de bacili tuberculoşi umani. Rasa aceasta cultivată în institutul de higienă dela Halle, injectată subcutan în doză crescândă la cobai, permite animalelor să resiste un timp mai îndelungat la tuberculoză. Ca şi în experienţele precedente ele sfârşesc însă prin a sucombà după un timp mai îndelungat, cu tuberculosă generalizată. Cobaiul e însă un animal foarte sensibil la tuberculoză, aşà încât încercările de imunizare ar trebuì să fie făcute cu alte animale, capră, câine cu o receptivitate mai puţin pronunţată.

S. IRIMESCU.

S. Blanck. Experimentelles zur Frage des Nierendiabetes (Lucrări experimentale asupra chestiunii diabetului renal) (*Medizinische Klinik* I. No. 45. 15 Oct. 1905. pag. 1144—1148). Chestiunea existenţei unui diabet renal nu poate fi rezolvată prin simpla observaţie clinică. Numai atunci când următoarele constatări pot fi făcute se poate vorbì de un diabet renal: sângele trebue să aibă un conţinut normal în zahăr şi glicozuria produsă să nu fie provocată printr'o altă cauză decât printr'o alterare a funcţiunii renale. O alterare funcţională a rinichiului nu e numai decât în relaţie cu o leziune anatomică.

Această leziune poate chiar să nu existe. Diabetul produs după injecţiunea subcutanată de phloridzină poate servì de tip al acestei forme de diabet.

Injecţia sub cutană a sărurilor de crom şi uran dă naştere la un diabet identic. Autorul a experimentat la iepuri cu aceste săruri. Cromatul de potasiu (0.05) gr. provoacă hematurie, albuminurie şi glicozurie. Glicoza se găseşte în urin până în proporţia de 1—3%. Glicozuria nu e însoţită însă de iperglicemie. Albuminuria şi hematuria se explică prin leziunile renale produse de sărurile de uran. Aceste leziuni nu sunt însă suficiente ca să dea naştere la glicozurie de oare ce nefritele hemoragice de obicei nu sunt însoţite de glicozurie.

Existenţa diabetului renal în urma injecţiei cromatului de potasiu, trebue, să atragă atenţia asupra glicozuriei în intoxicaţiile produse la om cu sărurile de crom.

Intr'o a doua serie de experienţe acetatul de uran (0.005) injectat subcutan produce glicozurie (2%).

Albuminuria produsă în aceste experienţe îşi găseşte explicaţia în nefrita parenchimatoasă, provocată de sărurile de uran.

In ambele aceste experienţe leziunile hepatice nu pot explicà glicozuria, observată. Lipsa de iperglicemiă şi neinfluenţarea glicozuriei de alimentaţie, exclude această explicaţie. Diabetul renal produs în aceste experienţe e datorit permeabilităţii rinichiului pentru glicoză din sânge şi în acelaşi timp şi unei formări active de zahăr în rinichi, întocmai ca pentru phloridzină.

S. IRIMESCU.

Bechtold. Ueber eintägige Pneumonien. (Asupra pneumoniilor care durează o zi). *Münchener med. Wochenschrift.* 1905. Oct. 31. No. 44, pag. 2113). Leube cel dintâiu a semnalat existenţa acestor pneumonii de aşà scurtă durată. Cazurile adunate în literatură s'au înmulţit în ultimul timp. Diagnosticul acestor pneumonii e greu de stabilit din cauza fenomenelor clinice puţin pronunţate B. a putut reuşì să adune 10 cazuni în clinica dela Würzburg.

In toate aceste cazuri, debutul a fost cu febră ridicată. A doua zi însă febra cădeà brusc şi temperatura reveneà la normală. Celelalte simptome ale pneumoniei, abia existente sau complect absente. Semnele pulmonare foarte variabile.

Din cei 10 bolnavi observaţi de autor, 6 erau indivizi cu constituţie robustă, 4 însă din ei erau cu resistenţă organică diminuată, aşà încât durata scurtă a pneumoniei nu se explică numai prin rezistenţa organismului ci şi prin virulenţa diminuată a pneumococului.

S. IRIMESCU.

Leiner. Scharlachschuppung u. Ichtiosis (Descuamațiune scarlatinoasă și ichtioză). *Monatschr. f. Kind.* Iunie 1906. Caracterele exanthemelor nu depind numai de starea generală a bolnavilor, ci încă de constituția pielei. La indivizii cu piele ichtiozică sau prezentând un oarecare grad de xerodermie, exanthemele evoluează cu caractere speciale. Autorul studiază în particular caracterele *scarlatinei* la astfel de bolnavi, arată cum se prezintă la dânșii exanthemul și descuamația. Insistă asupra dificultății la perioda de descuamație de a face diagnosticul între o dascuamație scarlatinoasă la un ichtiozic și o descuamație datorită numai ichtiozei.

GRIGORE JACOBSON.

Erhard Suess. Ueber eine eigenartige gastrische Infection. (D'une infection gastrique particulière). *Zeitschrift f. Heilk.* Iulie 1905. (După Bull. de l'Inst. Pasteur, Tome III, No. 20, 30 Oct. 1905)

Autorul relatează observațiunea unui individ de 58 ani, care timp de 2 luni n'a simțit altceva decât o durere aproape continuă la nivelul epigastrului, cu o ușoară hipertermie, puțin icter, anemie profundă, perdere gradată a forțelor până la moarte. Diagnostic: ciroză epatică ipertrofică, tuberculoză pulmonară secundară. La autopsie se găsește: o infiltrație pigmentară diseminată pe intestinul subțire, trei ulcerații mici pe mica curbură a stomacului, ipertrofie a ficatului și emoragii. Examenul bacteriologic permite de a izolà din ficat, splină și submucoasa stomacală, la nivelul punctelor necrosate un bacil, care pare să fi avut ca poartă de intrare stomacul, de unde metastase splenice și aortice (trombus). Acest bacil e mobil, nu lichefiază gelatina, nu dă fermentație, nici indol. Pe gelatină și geloză, dă colonii mici, cari seamănă cu ale streptococului. Patogen pentru șoarece și cobai îi omoară în 24—48 ore) provocând o infecțiune generală cu metastaze.

DR. C. GORESCU.

Emile Sergent. Syhilis et tuberculose. (*Arch. génér. de méd.* 3 Oct. 1905) In afară de zdruncinul, pe care îl produce sifilisul asupra organismului și care la un moment dar ar puteà duce la tuberculoză, autorul insistă mai ales asupra așa numitului teren sifilitic (sifilis în ascendenți), pe care îl înscrie în capitolul etiologic al tuberculozei pulmonare, arătând legătura strânsă între ereditatea sifilitică și scrofulă. Conchide că un tratament antisifilitic poate ajutà mult într'o tuberculoză născută pe teren sifilitic.

M. P. CIUCĂ

PEDIATRIE

Ad. Czerny u. A. Keller. Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen u. Ernährungstherapie (sechste abtheilung) Leipzig, Deuticke 1906. Fascicolul al 6-a al tratatului lui Czerny și Keller cuprinde 2 părți. Partea 1-a termină primul volum (copilul normal). In partea 2-a e începutul volumului al 2-lea, care se va ocupà cu patologia turburărilor nutritive ale copilului.

In partea 1-a găsim studiul alimentărei la copii după primul an și un studiu despre nutrițiunea și desvoltarea copiilor debili.

Capitolul privitor la alimentarea copilului după vârsta de un an va folosi în special tutulor medicilor cari se interesează cu chestiunele de regim alimentar și nu consideră rolul lor ca terminat după ce au ordonat o poțiune cu bezonaftol sau soluțiunea Coirre.

Despre capitolul relativ la debili, autorii pun chestiunea la punct și arată cât de incomplecte sunt noțiunile ce le posedăm în această privință și câte puncte au rămas încă nestudiate. Literatura străină e pusă la o largă contribuție, în particular cercetările lui Budin pentru care autorii au o deosebită stimă. Cu acest fascicol se termină volumul I, al acestui monumental tratat, cel mai important din cele scrise până astăzi asupra nutrițiunii copilului.

Acest tratat se deosebește de celelalte și prin bibliografia enormă care se întinde nu numai la tot ceea ce s'a scris în Germania dar și la tot ceea ce s'a publicat în străinătate, și prin sensul critic care face pe autori să discute una câte una (și fără a cruță pe nimeni) toate părerile emise, luând ca bază experiența lor proprie și vasta lor erudiție, și prin părerile personale dintre cari multe au dat loc la discuțiuni, uneori aspre, cu diferiți pediatri din Germania și din străinătate.

Cu partea 2-a din fasc. VI, începe volumul care se va ocupă cu *patologia* turburărilor nutritive. Intr'o introducție autorii arată modul lor de a concepe studiul ce'l întreprind, insistând asupra faptului că turburările ce le studiează nu se mărginesc la fenomenele observate din partea tubului digestiv dar se traduc și prin modificări profunde în nutrițiunea intimă a țesuturilor.

Turburările nutritive vor fi studiate în 3 capitole:

1) Turburări nutritive *ex alimentatione.*
2) Turburări nutritive *ex infectione.*
3) Turburări nutritive *prin defecte congenitale* în constituția și construcția corpului.

Fascicolul VI, începe a trată despre turburările nutritive *ex alimentatione* Autorii studiează în capitolul II, turburările rezultând din alimentațiunea cu lapte (Milchnährschaden). Pentru prima oară *intr'un tratat clasic* e susținută părerea că laptele poate fi, prin sine însuși, cauza unor turburări grave și aceasta chiar când e de o calitate ireproșabilă. Autorii arată caracterele clinice particulare a acestor turburări, modul de a le evită sau de a le vindecă.

In cap. III sunt studiate turburările cari provin din alimentarea prin făinoase (mehlnährschaden). Acest capitol este aproape exclusiv opera școalei din Breslau. Vorbind pe urmă despre turburările datorite albuminoidelor (eiweissnährschaden) autorii nu le admit. Acest punct va da incontestabil loc la o polemică deoarece cea mai mare parte din pediatri germani și străini (în particular Biedert și Schlossmann) consideră turburările datorite albuminoidilor ca cele mai frecuente în dispepsiile sugacilor.

Urmează un scurt capitol despre turburările nutritive datorite gelatinei (leimnährschaden), un studiu foarte interesant al maladiei lui Barlow și un capitol cu totul personal despre turburările nutritive ex alimentatione la noui născuți alimentați artificial chiar dela început. Fascicolul se termină cu începutul cap. VIII-a care tratează despre turburările nutritive datorite laptelui la copilul de ţâţă.

Această parte patologică a tratatului e cu totul personală. Ea va resumà rezultatele obţinute până astăzi la clinica din Breslau care şi-a făcut o specialitate din studiul acestor chestiuni privitoare la nutriţiunea sugaciului.

Pe de altă parte studiul diferitelor forme de dispepsie e elaborat esenţialmente la un punct de vedere practic: autorii semnalând diferite cauze de dispepsie şi alături modul cum se pot evità sau moderà. Tratatul lui Czerny şi Keller marquează de sigur o eră nouă in studiul turburărilor nutritive la copii.

GRIGORE JACOBSON.

Finkelstein. **Kuhmilch als Ursache akuter Ernährungsstörungen bei säuglingen.** (Laptele de vacă ca cauză a unor turburări digestive acute la sugaci). *Monatschr. f. Kind.* Mai 1905. E vorba de o serie de fapte foarte curioase cari se prezintă în modul următor: un copil a avut în primele săptămâni turburări digestive; a fost pus la ţâţă şi s'a restabilit complect progresând regulat: dacă la acest copil se face o încercare de a i-se da lapte de vacă, chiar diluat ($^1/_3$) copilul prezintă în orele cari urmează, fenomene toxice intense, febră, diareă. Astfel de cazuri nu sunt foarte rare. Accidentele toxice se reproduc la fiecare tentativă de a da laptele, chiar în doză minimă: 60, 50, 10 c. cub. şi sunt din ce în ce mai grave. Intr'un caz a 3-a tentativă a provocat moartea cu fenomene asemănătoare cu cholera infantilă.

Autorul arată că şi unii copii absolut sănătoşi şi cari n'au suferit niciodată de turburări digestive, pot prezentà aceiaşi intoleranţă pentru laptele de vacă, chiar la o vârstă relativ înaintată, (9—10 luni) şi chiar dacă li s'a dat dejà alte alimente (bulion cu griş zwieback). Cu încetul e posibil însă de a învinge această idiosincrazie începând a da laptele cu picătura (1—2 picături pe zi) şi augmentând progresiv.

Concluzia practică este de a începe totdeauna laptele de vacă la copii de ţâţă cu cea mai mare băgare de seamă şi în doze minimale. Aceste fapte nu se pot explicà până astăzi: Hamburger, Moro şi Schlosmann presupun că e vorba de o acţiune toxică determinată prin absorpţiunea unei albumine eterogene. Finkelstein crede că nimic nu justifică această ipoteză: ar crede mai mult că la aceşti copii există o floră intestinală specială care e împedicată de a evoluà cu alimentaţia normală şi pentru multiplicarea căreia laptele de vacă constitue o condiţie favorizantă.

GRIGORE JACOBSON,

Aug Ley. **La ponction lombaire chez l'enfant.** (*Bruxelles.* 1905). Un raport prezintat primului congres belgian de neurologie, ţinut la Liège dela 28—30 Septembrie, 1905.

Vom da aci concluziunile autorului:

1) Puncţiunea lombară la copil poate fi considerată ca inofensivă, cu condiţiunea de a observà câteva precauţiuni La copii mai mici de doi ani trebue să punctionăm totdeauna spaţiul lombo-sacrat.

2) Examenul lichidului cefalorachidian constitue atât prin citodiagnostic,

cât și prin examenul bacteriologic, un mijloc de diagnostic puternic pe care ori ce practician trebue să'l poată întrebuință. Actualmente aplicațiunea, sa cea mai frecuentă e în inflamațiunile meningee.

3) Puncțiunea ușurează și amendează pe meningitici în general. Ea are o valoare curativă reală în idrocefalie și în meningitele acute. In aceste cazuri trebue să fie des repetată.

4) Inocuitatea rachicentezei permite să o încercăm în diferite afecțiuni între altele corea, tusea convulsivă, eclampsie, uremia, surditatea, incontinența de urină.

C. Parhon.

Tada. Die Säuglingsnahrung „Buttermilch" eine Kohlehydratreiche magermilch (alimentul pentru sugaci zis „Buttermilch" un lapte fără grăsimi, bogat în idrați de carbon). *Monatschr. f. Kinderh.* Iulie 1905. In acest memoriu lucrat la clinica Prof. Czerny (în Breslau) autorul își propune de a cercetă în ce constă mai cu seamă digestibilitatea așă de ușoară a laptelui bătut fiert (Buttermich babeurre). E oare vorba de digestibilitatea mai ușoară a *cazeinei* laptelui bătut? Și ce rol joacă aciditatea în calitățile acestui aliment?

Pentru a rezolvì aceste probleme autorul hrănește o serie de copii mai întâiu cu babeurre, pe urmă cu lapte proaspăt, degresat prin centrifugare și la care se adaogă zahăr și făină în aceleași proporții ca în babeurre, o altă serie de copii mai întâiu cu acest lapte degresat, pe urmă cu babeurre.

E de relevat că nutrind sugacii cu lapte centrifugat proaspăt, se eliminează ipso facto unele din condițiunile la cari s'a atribuit ușoara digestibilitate a babeurrului, anume:

1) închegarea fină pulverulentă a cazeinei.

2) aciditatea ca stimulant stomacal;

3) aciditatea ca favorizând digestiunea cazeinei.

Rezultatele clinice a acestor cercetări comparative au fost identice: nu s'a observat nici o diferință prin substituirea unui aliment celuilalt. Autorul complectează lucrarea sa prin cercetări chimice asupra nutriției în amândouă perioade, studiând bilanțul azotului și a calciului. In treacăt semnalează un accident mortal la un copil care, începând prin a progresà într'un mod briliant, a avut în urmă o scădere bruscă a greutății cu fenomene de colaps terminate prin moarte; autorul atribue acest accident bogăției alimentului în idrați de carbon.

Principalele concluzii sunt:

1) eficacitatea babeurrului depinde:
   a) de sărăcia în grăsimi.
   b) de bogăția în idrați de carbon.

2) Augmentările însemnate de greutate sunt datorite idraților de carbon și nu cantităților mari de albumină;

3) Bogăția în idrați de carbon poate fi periculoasă pentru unii copii, mai cu seamă cei tineri.

4) Cazeina din babeurre nu e mai digestibilă;

5) Schimburile în calciu sunt normale;

6) Alimentarea cu babeurre nu duce la o acidoză a organismului.

Acestui memoriu i-se poate face câteva objecţii:

1) Că sărăcia în grăsimi şi bogăţia în idraţi de carbon constitué particularităţile capitale ale babeurrului, e un fapt care se poate considerà ca dovedit. Dar e greu de a eliminà cu totul celelalte elemente (aciditatea şi diviziunea cazeinei). Acţiunea favorabilă a medicaţiunii acide în unele forme de dispepsie pare demonstrată şi asemenea pare demonstrată acţiunea favorabilă a diviziunii chiagului de cazeină, prin întrebuinţarea „Pegninei“ după metoda lui von Dungern, metodă care a dat *în unele cazuri* succese incontestabile.

Că unii copii dispeptici se ameliorează numai prin faptul că li se dă un aliment fără grăsime, e iară incontestabil: rămâne de demonstrat că lucrurile se petrec totdeauna aşà.

Referentul însuşi a publicat un caz în care a obţinut un succes remarcabil prin întrebuinţarea babeurrului. Copilul fiind dejà ameliorat, s'a făcut o încercare de a înlocuì babeurrul prin lapte centrifugat cu adăogire de făină şi de zahăr (adică exact în aceleaşi condiţiuni, în cari s'a pus Tada). Rezultatul a fost că s'a provocat turburări digestive cari n'au încetat decât după reîntoarcerea la babeurre.

2) Fermentaţia acidă a laptelui în primele 24 ore, împedică cultura în lapte a altor microorganisme.

După fierbere, laptele rămâne acid şi până la un oarecare punct în stare de a nu permite desvoltarea altor germeni.

Laptele dulce centrifugat fiert şi cu adăogire de zahăr, nu mai posedă nici un mijloc de apărare în contra însămânţărilor accidentale; din contră el reprezintă un excelent mediu de cultură. Această din urmă critică n'are decât o valoare relativă, de oare ce Tada, nu propune de a înlocuì babeurrul prin lapte centrifugat; lucrarea lui fiind numai teoretică.

3) Accidente mortale ca cel semnalat de Tada au fost observate şi de alţii; ele nu pot fi atribuite într'un mod incontestabil idraţilor de carbon, mai rămâne totdeauna posibilitatea unei infecţiuni a laptelui. Astfel de accidente au fost observate numai vara şi sunt cu atât mai rare cu cât laptele e recoltat în condiţiuni mai bune; astfel la spitalul de sugaci a Prof. Schlossmann la Dresda, unde laptele e eliberat în condiţiuni perfecte, astfel de accidente nu au fost nici odată observate deşi babeurrul e întrebuinţat foarte des.

GRIGORE JACOBSON.

Eugène Terrien. Précis d'alimentation des jeunes enfants. Paris, Steinheil 1905. Iată o carte excelentă care o recomand tutulor celor cari doresc a se pune în curent cu chestiunile de alimentaţie la sugaciul normal, precum şi la cel atins de turburări gastro-intestinale.

Cartea e împărţită în 2 părţi: alimentaţia copilului normal, alimentaţia în stările patologice.

In prima parte autorul studiază toate chestiunile privitoare la alăptare: diferitele metode de alăptare, alăptarea prin mamă, prin doică, alăptarea mixtă, alăptarea artificială; se ocupă cu regulamentarea alăptării cu igiena mamei, cu incidentele alăptării cu contraindicaţiunile alăptării prin mamă, studiază pe urmă înţărcarea şi arată cu deamănuntul cum trebue practicată, Ceea ce trebue apreciat mai mult în această carte, este modul de expunere a diferitelor puncte prin chestiuni și răspunsuri, objecții, critice... toate acestea clasate într'o ordine perfectă. Cartea se citește astfel cu cea mai mare ușurință și fără oboseală.

Singura objecție care s'ar putea face d-lui Terrien este limitarea sa sistematică la expunerea practicelor franceze. Autorul ne anunță că s'a ferit dintr'adins de a expune noțiuni teoretice. — Foarte bine, dar cartea fiind scrisă pentru medici, el putea cel puțin să arate că cutare sau cutare practică, admisă fără contestație în Franța, e discutată aiurea. Dacă autorul a pus la o largă contribuție tratatele lui Budin (le nourrisson) și Marfan, nici măcar nu citează cele lui Biedert, lui Heubner și lui Czerny și Keller, lucrări clasice, apreciate de toți cei cari se ocupă de pediatrie.

Partea a doua pare a fi mai bine documentată. După ce a studiat debilitatea congenitală și tratamentul ei, modul de a proceda în cazurile de sifilis în privința alăptărei, Terrien se ocupă cu turburările digestive ale sugaciului. Impărțirea acestor turburări în *dispepsii* și *gastro-enterite* pare a fi cea mai bună, deși a fost odinioară foarte discutată chiar în Franța. Diferitele forme ale dispepsiilor și gastro-enteritelor sunt foarte sistematic studiate. In ceeace privește tratamentul lor, pe lângă cele cunoscute de toți, se va găsì în cartea lui Terrien expunerea foarte clară a 2 metoade noui: întrebuințarea făinoaselor și a laptelui bătut (babeurre). Cartea mai cuprinde încă studiul *netoleranței gastrice primitive* și tratamentul stărilor de *atrofie* și *atrepsie*.

Volumul se termină prin câteva formule permițând de a calculà greutatea copiilor la o vârstă dată și cantitățile de lapte ce trebuesc date la fiecare vârstă și după greutate. Aceste formule sunt defectuoase fiindcă sunt pur mecanice și că, cu toată simplicitatea lor, se pot uità cu cea mai mare ușurință. In total, cum se prezintă, acest manual e excelent.

GRIGORE JACOBSON.

CHESTIUNI PROFESIONALE

1) *Mișcarea în corpul medical din țară.*

Medicii mai jos notați au fost confirmați, înaintați, transferați și numiți în următoarele funcțiuni și anume:

D-l dr. Domițian Glineanu, actual medic primar provizoriu al județului Fălciu, în aceeași calitate la județul Tutova, definitiv pe baza concursului depus, în locul d-lui dr. Al. Culiano, care ocupă provizoriu acest post.

D-l dr. Titu Demetrescu, actual medic primar provizoriu al județului Olt, a fost confirmat definitiv pe baza concursului depus.

D-l dr. Nicolae Lupu, actual medic al circ. VII, Herăști, din județul Ilfov, în postul de medic primar al județului Fălciu, definitiv pe baza concursului depus, în locul d-lui dr. D. Glineanu.

D-l dr, Alexandru L. Suceveanu, actual medic al spitalului rural Cocioc, din judeţul Ilfov, în postul de medic primar al judeţului Tulcea, definitiv, pe baza concursului depus, în locul d-lui dr. I. Tolica care ocupă provizoriu acest post.

D-l dr. Charles Laugier, în postul de medic primar al judeţului Gorjiu, definitiv pe baza concursului depus, în locul d-lui dr. G. Giuriadi, care ocupă provizoriu acest post.

D-l dr. Alexandru Culiano, fost profesor universitar şi actualmente medic, primar al judeţului Tutova, în postul de sub-inspector sanitar, în locul d-lui dr. B. Drăgoşescu.

D-l dr. B. Drăgoşescu, actual sub,inspector sanitar, în postul de medic al spitalului rural Cocioc, din judeţul Ilfov, provizoriu până la concurs, în locul d-lui dr. Al. L. Suceveanu.

D-l dr. Const. Bobulescu, actual medic al circ. Podeni,d in judeţul Fălciu, la circumscripţia înfiinţată din nou Hurdugi, acelaş judeţ.

D-l Ştefan Alessiu, în postul de medic al circ. VII Herăşti din jud. Ilfov, în locul d-lui dr. N. Lupu.

D-l dr. Spiridon I. Hobincu la circ. Sărata, cu reşedinţa în comuna Hurdugi, din judeţul Fălciu, în locul d-lui dr. C. Bobulescu, demisionat.

D-l Alexandru Ticamis la plasa Trotuş, cu reşedinţa în comuna Oneşti, din judeţul Bacău, post înfiinţat din nou.

D-l dr. Nicolae Nicolescu Bideanu, la circ. II cu reşedinţa în comuna Cucuruzu, din jndeţul Vlaşca, în locul d-lui dr. I. Papian, care ocupă provizoriu acest post.

D-l Ştefan Florian la plasa Câmpu-Dumbrava, cu reşedinţa în comuna Răcleş din judeţul Mehedinţi, în locul d-lui dr. Gh. Chicicopol, care ocupă provizoriu acest post.

D-l dr. D. Popescu, actual medic al oraşului Roşiorii-de-Vede definitiv, pe baza concursului ce are depus, în postul de medic al spitalului şi oraşului Calafat in locul decedatului dr. I Marinescu Betulea.

D-l dr. Mihai Minculescu, definitiv, pe baza concursului depus în postul de medic al oraşului Roşiorii-de-Vede în locul d-lui dr. N. Popescu, transferat.

D-l dr. Petre Popescu, actual medic al spitalului judeţian Slobozia, însărcinat şi cu serviciul medical al plăşii Ialomiţa, din judeţul Ialomiţa în postul de medic al spitalului rural Mozăceni din judeţul Argeş, provizor până la concurs în locul d-lui dr Băluş, demisionat.

D-l dr. George Sculi, în postul de medic al spitalului judeţian Slobozia însărcinat şi cu serviciul medical al plăşii Ialomiţa, circ. III, din judeţul Ialomiţa, provizor până la concurs în locul d-lui dr. N. Popescu.

D-l dr. Alexandru Chiriţoiu, actual medic al plăşii Câmpu din judeţul Buzău în aceeaşi calitate la plasa Marginea-de-Sus, oraşul circ. I, judeţul R.-Sărat, în locul d-lui dr. D. T. Zernoveanu, care ocupă provizoriu acest post.

D-l dr. A. Uatu, actual medic al plăşii Râmnicul-de-Sus, plaiul şi Râmnicul-de-Jos circ. III din judeţul R.-Sărat, în aceiaşi calitate la plasa Câmpu, judeţul Buzău, în locul d-lui dr. Al. Chiriţoiu

D-l dr. Nicolae Vasilescu, în postul de medic al circ. Segarcea din judeţul Dolj, în locul d-lui dr. M. Cioroianu.

D-l dr. G. Polichroniade, actual medic provizoriu al urbei şi spitalului Panciu, din județul Putna și d-l dr. N. Chrisochefalo, actual medic provizoriu al urbei Zimnicea din jud. Teleorman, unul în locul celuilalt, prin consimțimânt reciproc.

D-l dr. Ioan I. Popovici, actual medic definitiv al spitalului rural Dămienești, din jud. Roman, în aceiaș calitate la spitalul rural Parachioi din jud. Constanța, în locul d-lui dr. I. Vicol, care a trecul în locul d-lui dr. I. Popovici.

D-l dr. Filip Codreanu, actual medic al circ. Tulcea, din jud. Tulcea, în postul de medic al orașului Tulcea, provizoriu până la concurs, post creat din nou.

D-l dr. N. Crețu, actual medic al plășii Oltu-de-Sus din jud. Romanați, în aceiași calitate la circ. Tulcea din jud. Tulcea, în locul d-lui dr. F. Codreanu.

D-lui dr. Victor Demetrescu, în postul de medic al plășii Oltu-de-Sus, din jud. Romanați, în locul d-lui dr. N. Crețu.

D-l dr. Nicolae Hasnaş în postul de medic al urbei Sulina din județul Tulcea, provizoriu până la concurs, în locul d-lui dr. D. R. Mihăilescu care urmează a se chemă în altă funcțiune.

D-l dr. Petre Vrânceanu în postul de medic al plășei Glavacioc, circ. IV. din județul Vlașca, în locul d-lui dr. Ion Adler, care rămâne a se chemă în altă funcțiune.

D-l dr. G. Vrabie, actual medic al circ. IV Brăhărești din județul Tecuci, în postul de medic al spitalului și orașului Mangalia din județul Constanța, provizoriu până la concurs, în locul d-lui dr. I. Glicsman, care trece în locul d-lui dr. G. Vrabie.

D-l dr. Pompeiu Samarian în postul vacant de medic al circ. Todoleni din județul Fălciu,

Admiteri la libera practică a medicinei a farmaciei și a medicinei veterinare. — D-l Penhas Iosef, cu diploma de doctor în medicină, dela universitatea din Viena.

D-nii: Vasilescu Vasile, Ranitescu S. Ioan, Alessiu Ștefan, Leibovici Mendel, Neciu. N. Dumitru, cu diploma de dr. în medicină dela Universitatea din București.

D-l Hobincu I. Spiridon, cu diploma de dr. în Medicină dela Universitatea din Iași.

D-l Steriu G. George, d-ra Protopopescu Matilda și d-l Vișoiu N. Cornățeanu, cu diploma de doctori în medicină dela Universitatea din București.

D-l Florian Ștefan, Petrovici G. D. Alexandru, Sasover Lazăr, d-ra Pisani Natalia, d-nii Samarian Pompei, Deutsch Abram și Weis Herman, cu diploma de doctori în Medicină dela Facultatea din București.

D-nii: Mișia Filip, Weintraub Leopold, Bizamcer M. Iancu, Vasilescu Toma și Wechsler Adolf, cu diplome de doctori în medicină dela Universitatea din Paris și d-l Petrescu Constantin și d-ra Vereanu Elena, cu diplome de doctori în medicină dela Universitatea din Iași.

D-nul Iacobovici N. Iacob, cu diploma de doctor în Medicină dela Universitatea din București, d-ra Castano Tereza și d-l Abramoaici Daim Idlă, cu diplomă de doctori în medicină dela Universitatea din Iași, au obținut dreptul de liberă practică a medicinei în țară.

D-l Pacalu George, cu diploma de farmacist dela Universitatea din Bucureşti.

D-l Macarie Valentin, cu diploma de farmacist dela universitatea din Iaşi au obţinut dreptul de libera practică a farmaciei din ţară.

Pedepse. — D-l dr. Leon Schmit, medic al plăşii Mijloc, din judeţul Olt, a fost revocat din funcţiune.

4) Diverse dispoziţiuni luate în vederea bunului mers al serviciului sanitar. — Direcţiunea generală a serviciului sanitar în dorinţa de a înzestrà ţara cu cât mai multe spitale pentru ajutorarea mai ales a săteanului în caz de boale, a adresat un apel către prefecţii din ţară prin care le arată binefacerile aduse populaţiunii prin crearea de spitale şi făcând apel la înaltele sentimente de cari sunt animaţi, îi îndeamnă la realizarea idealului „spitalele de plasă“.

Oricine înţelege importanţa acestor spitale, destinate a transformà serviciul medical rural din fictiv real, şi ori ce comentarii cât de elogioase sunt de prisos.

— De doi ani se face o tristă constatare a culturei defectuoase a porumbului, care a adus cu ea lipsa de hrană a populaţiunei rurale o hrană de proastă calitate, producătoare mai ales de pelagră.

Pentru a se preîntâmpinà asemenea nenorociri, s'a intervenit către autorităţile în drept ca prin măsurile de cari dispun să intervină pe lângă săteni pentru a-i determinâ să părăseassă cultura porumbului, ca articol de alimentare omenească şi să îmbrăţişeze în schimb cultura grâului, secarei, lintei, cartofilor şi a altor leguminoase.

Această măsură, dacă s'ar aplicà cu entusiasmul care trebue să ne călăuzească în ori ce afacere de un interes general atât de mare, ar aveà un rezultat care ar face epocă în istoria economică a acestei ţări.

— Faţă cu apariţiunea holerei în ţările imediat apropiate nouă, măsuri excepţionale au fost luate la toate punctele de graniţă pe unde s'ar fi putut introduce mai direct aces flagel şi la noi. Cu această ocaziune s'au avut în vedere dispoziţiunile convenţiunei sanitare dela Paris asupra ciumei şi holerei şi s'au aplicat pe cât s'a putut mai strict. Rezultatul tutulor măsurilor luate a fost foarte fericit, deoarece n'am avut de înregistrat nici un caz în tot coprinsul ţării.

— In primăvara anului 1906, cu ocaziunea aniversării a 40 de ani de domnie a Majestăţii Sale Regelui, se va deschide în Bucureşti o expoziţiune naţională, la care a fost chemate să ia parte toate ramurile activitaţii noastre publice şi particulare, între cari şi asistenţa publică, sub diversele sale forme.

In aceşti 40 de ani este necontestat că s'au realizat progrese mari şi la noi, în ceeace priveşte aplicarea ştiinţelor sanitare, progrese cari se pun aproape în rândul celorlalte State civilizate din apusul Europei, dovadă acestui fapt ne-o da îmbunătăţirea sănătăţii publice, îmbunătăţirea care rezultă în mod evident din scăderea simţitoare a mortalităţii.

Acest rezultat însă pe care ni-l dă analiza minuţioasă a faptelor demografice petrecute în acest timp, îl pot aprecià numai puţini specialişti; marea majoritate rămâne tot sceptică, ba încă înclinată a aduce învinuiri corpului medical, că nu şi-a făcut şi nici nu-şi face datoria cu destulă râvnă. Pentru a convinge acestă majoritate de contrariu şi prin urmare spre a spulberà credinţa ce pe nedrept a pătruns şi s'a înrădăcinat în mintea mulţimii, trebuesc probe evidente, plastice, să corpul sanitar al ţării a muncit şi munceşte cu tragere de inimă pentru binele neamului nostru.

Ocaziune favorabilă se prezintă acum la această expoziţiune în acest scop s'a făcut apel la întregul corp sanitar a ţării rugându-l să pregătească lucrări menite să arate munca depusă de corpul medical cum şi progresele realizate atât în starea sanitară a ţării, cât şi cele pur ştiinţifice. Sperăm că corpul medical va provità de această frumoasă ocaziune şi va scoate la iveală tot ce cu adevărat a lucrat, pentru onoarea sa şi respectul ţărei. Părţei retrospectivei se va da o mare atenţie, astfel că ori ce remineşcenţe sanitare vor fi primite în deosebi şi vor formà o secţiune a parte.

Ministerul de Interne fiind informat că exersiţiul medicinei precum şi comerciul cu medicamente se practică ilegal pe o scară întinsă de persoane streine cu desăvârşire de aceste branşe, a luat măsurile cele mai severe şi cele mai întinse pentru urmărirea şi darea în judecată a acestor persoane cari practică ilegal fie medicina, fie administrarea medicamentelor de tot soiul, pentru ca cu modul acesta să se poată stârpì cu desăvârşire comerciul ilicit ce se face cu mercur şi alte substanţe, toxice, precum şi exerciţiul medicinii din partea unor persoane fără titlu şi experienţă.

— Din cercetările ştiinţifice, şi din experienţa făcută în alte ţări şi la noi constatându-se că tratamentul profilactic cel mai eficace al malariei este chinina, administrată la intervale de timp relativ scurte, s'a hotărât a întrebuinţà şi la noi acast tratament pe o scară întinsă; el se va face în modul următor: se va da câte un gram de chinină persoanelor adulte în a 13 a şi a 14-a zi după luarea primelor doze şi se va începe tratamentul aşà încât aceste zile să cadă Sâmbătă şi Duminecă, când ţăranii sunt veniţi în sat dela muncile agricole.

Pentru copii dozele de chinină se vor proporţionà după etate.

Prin aplicarea strictă a acestei măsuri, datele statistice în privinţa paludismului devin foarte interesante, dat fiind câmpul vast de experimenţe şi uniformitatea experienţei. Să sperăm că se va pune cea mai mare atenţiune la aplicarea strictă a acestei dispoziţiuni, căci almintreli concluziunile trase vor fi bazate pe date fictive şi măsurile luate în consecinţă vor puteà greşi în plus sau minus, deşi fondul experimentaţiunii va fi just.

— Regulamentul pentru privegherea sanitară a alimentelor şi băuturilor fiind modificat în privinţa controlului calităţii cafelelor şi a ceaiurilor din comerţ, credem interesant a arătà modificările introduse:

La art. 135 lit. a; relativ la cafea, să se adauge:

„Cantitatea boabelor stricate nu va depăşì limita maximă de 10 grame de asemenea boabe la 100 gr. cafea.

„Se vor considerà ca boabe stricate: boabele negre, boabele seci, sfărâmă„turile de cafea mai mici de jumătatea bobului, coji, şi alţi corpi straini, nevătămători sănătăţii.

La art. 141, relativ la ceaiu, să se adaoge:

„Câtul obținut prin împărțirea greutății foilor prin aceea a coadelor, ambele extrase și uscate, să fie cel puțin 6.

„Sub denumirea de coade se înțeleg pețiolele lipsite cu totul de foi, iar „sub denumirea de foi se înțeleg foile întregi sau părți din ele, cu sau fără pețiole.

„La greutatea coadelor vor concurà și foile arse, adică acele foi cari pro„vin dintr'o fabricare defectuoasă și cari se recunosc prin faptul, că prin fier„berea cu apă, se desfac greu și cànd sunt întinse pe sticlă, nu adecă ca foile normale.

„Modul de procedare pentru fixarea limitei de impurități tolerate, este ur„mătorul: într'un pahar de sticlă se iau, 2 gr. ceaiu, se adaogă 100 c. c. apă „distilată și se încălzește până la fierbere, continuându-se fierberea 2 minute. „Conținutul paharului se varsă peste o pânză metalică deasă și se spală ceaiul „de pe pânză cu un curent de apă, până când apa ce se scurge trece inco„loră. Apoi pe o placă de sticlă, cu ajutorul unei pense se separă foile de „coade. Acestea se usucă în etuvă timp de 2 ore, la temperatura de 105° C. „Se cântărește separat și se împarte greutatea foilor prin aceea a coadelor".

— Actuala lege sanitară dând naștere la dificultăți în aplicare și ne mai corespunzând nici intereselor corpului sanitar al țării. Ministerul s'a decis că în viitoarea seziune a corpurilor legiuitoare că propună modificarea ei. In acest scop se lucrează în toate direcțiunile cerându-se tutulor medicilor în funcțiune de a-și expune părerile asupra acestei legi și în special în partea referitoare la serviciul fiecăruia. Pe de altă parte, Asociațiunea Generală a medicilor din țară desfășoară și ea o mare activitate ținând ședințe săptămânale, în cari se discută principiile generale și articolele cari vor alcătui viitoarea lege.

— Din inițiativa d-lui prof. dr. A. Obregia, directorul general al serviciului sanitar, se va institui o „Societate de salvare, societatea primelor ajutoare în cazuri de accidente" după modelul societății „de secours d'urgence" din Franța și „Rettungsgesellschaft" din Germania. In acest scop s'a lansat un apel deocamdată către medicii din capitală, farmaciști, droghiști și alte persoane prin care se arată frumosul scop al societății și prin care se cere sprijinul tutulor pentru constituirea cât mai urgentă a acestei Societăți.

La acest apel un numeros număr de adeziuni au sosit și credem că nu e depărtată ziua când țara noastră va mai câștigà o instituțiune de un folos indiscutabil zi de o valoare de nepretuit, care va aduce servicii mari societății și care va atrage recunoștința tutulor către corpul medical, care sub impulsia inițiativei d-lui prof. Obregia, s'a gândit a se constitui în societatea cu scopul arătat.

DR. N. POPOVICI.

ANUL I. No. 7. (NOEMBRIE 1905) VOLUMUL I.

REVISTA
ȘTIINȚELOR MEDICALE

Docent Dr. C. Parhon și **S. Marbe**, Intern al spitalelor.

ACHONDROPLAZIA

(CU DOUĂ CAZURI NOI DE ACHONDROPLAZIE LA ADULT).

In numărul 2 al acestei reviste, unul din noi a căutat să arate cum trebue concepută astăzi patogenia unei turburări foarte curioase în desvoltarea generală a organismului, acromegalia, și care ar fi tratamentul care în starea actuală a științei pare cel mai rațional.

A atins atunci în treacăt raporturile acromegaliei cu gigantismul, arătând că în marea majoritatea cazurilor trebue să vedem în aceste două sindrome împreună cu Brissaud (1), Meige (2), Launois și Roy (3) expresiunea unui aceluiaș proces patologic ce debută în primul caz după terminarea osificațiunei enchondrale, în ultimul înainte de terminarea acesteia și că patogenia trebue să fie aceiași într'un caz ca și în celalt.

In lucrarea de față ne vom ocupà cu studiul unei alte distrofii care, precum vom vedeà, se poate considerà ca diametralmente opusă gigantismului și acromegaliei, părând a fi expresiunea unui proces inhibitiv al unui mecanism, care exercitat cu o intensitate mijlocie, produce creșterea normală și a cărui exagerațiune produce gigantismul sau acromegalia. E vorba de *Achondroplazie.*

Chestiunea e destul de puțin cunoscută și o bună parte din marile tratate clasice nu-i rezervă încă un capitol.

De aceea ni s'a părut util să tratăm această problemă cu atât mai mult cu cât împrejurările ne-au pus în posibilitatea de a aduce şi o modestă contribuţiune personală la studiul acestei chestiuni.

Vom descrie în scurt istoricul achondroplasiei, iar în urmă vom indicà simptomatologia, diagnosticul, prognosticul, etiologia, anatomia patologică, patogenia şi, în fine, tratamentul acestei distrofii.

ISTORIC.

In 1841 Otto şi în urmă Sommering au descris feţi ce atrăgeau atenţiunea prin volumul mare al capului şi prin scurtimea membrelor. Virchow (4) (1853 şi 1856) a văzut cazuri asemănătoare pe cari le atribuià rachitismului fetal sau congenital.

In 1860 Müller (5) susţine că există o formă a rachitismului fetal cu totul diferită de forma adevărată prin leziunile istologice şi prin sinostoza oaselor dela baza craniului. Acest autor, ca şi Virchow, a căutat să pună aceste turburări în legătură cu cretinismul.

Ca şi Müller, Winkler (6) (1871) distinge două forme a rachitismului fetal. O formă, rachitismul adevărat, a cărui evoluţiune nu e terminată în momentul naşterii şi care e caracterizată anatomopatologiceşte printr'un ramolisment al cartilagiului de conjugaţie şi o altă formă ce începe din primele luni ale vieţii intrauterine, evoluând în cursul gestaţiunii astfel că la sfârşitul acesteia evoluţiunea e terminată. In această formă membrele sunt foarte scurte, de aceea a numit-o *rachitism cu micromelie*.

Depaul 7) (1877—78) susţine de asemenea că forma scheletului, direcţiunea curburilor, structura internă a oaselor, totul concură a stabili o deosebire între cele două forme pe cari autorii le atribuiau încă, pe ambele, rachitismului.

Cu Parot 8) (1878) separaţiunea se face definitiv. Acest autor reează numele de *achondroplazie* indicând astfel că origina acestei turburări de creştere, rezidă în lipsa de formaţiune a cartilagiului de conjugaţie.

In 1889—90 Porak 9) face un studiu complect al achodroplasiei.

Cu toate aceste studii şi cercetări, lumea medicală ignorà încă în general achondroplasia până în 1900 când Pierre Marie 10) într'un admirabil articol publicat în „Presse médicale" studiază pe baza a două cazuri personale şi a celor publicate de alţi autori caracterele clinice ale achondroplasiei adolescentului şi adultului. Cu aceeaşi ocazie, autorul căruia îi datorăm cunoaşterea acromegaliei, încearcă să pătrundă patogenia achondroplaziei şi se întreabă dacă aceasta ca şi mixedemul, n'ar fi datorită unui viciu de funcţiune a unui organ glandular.

Lucrarea lui Pierre Marie fu repede urmată de altele, cari au contribuit din ce în ce mai mult să precizeze această chestiune. Vom aveà ocaziunea să le cităm în cursul acestei lucrări [1].

Deşi caracterele clinice ale achondroplaziei sunt astăzi bine stabilite şi cele anatomopatologice cunoscute în mare parte, constatăm cu mirare că această afecţiune e adeseori ignorată, nu numai de majoritatea medicilor, dar chiar autorii tratatelor clasice n'au ajuns încă să-i rezerve un loc aparte în patologie. Astfel în tratatul lui Ribemont Desaignes şi Lepage, achondroplasia e încă confundată cu rachitismul intrauterin. In tratatele lui Bouchard-Brissaud şi al lui Brouardel-Gilbert nici nu se pomeneşte de această distrofie. Singur Mauclaire în tratatul lui Le Dentu şi Delbet îi rezervă un capitol aparte.

SIMPTOMATOLOGIE.

Caracterul principal şi care nu poate să lipsească, e scurtimea foarte însemnată a membrelor faţă de lungimea normală a trunchiului, ceea ce aduce o scădere foarte însemnată a taliei. Jumătatea acesteia nu mai cade ca în starea normală în regiunea pubienă, ci în vecinătatea ombilicului. Membrele superioare în loc de a ajunge cu extremităţile lor digitale aproape la mijlocul coapsei, nu mai ating decât cel mult regiunea trocanterienă. In fine un alt caracter important şi care contrastează cu micimea taliei, e volumul însemnat al capului. Exceptând câteva cazuri ca acelea ale lui Joachimsthal, (11) Huet-Caruette (12), Lannois (13) în cari diametrele craniului sunt în limitele normale, găsim în celelalte dimensiuni mai mari ca în starea normală. Proeminenţele frontale şi parietale sunt mai accentuate ca de obiceiu. Craniul se rotunjeşte, devine brahicefal şi aminteşte uneori pe acela al hidrocefalilor. Se înţelege dela sine că în aseminea condiţiuni indicele cefalic va creşte şi într'adevăr găsim cifre de 80,4; 88,2; 90,2; 94; 98,8; 100 în loc de 77—80 ca în media normală. Concomitent cu această desvoltare însemnată a boltei craniene, găsim o oprire de desvoltare a bazei craniului. Aceasta ne explică în parte, un simptom foarte frequent în achondoplasie şi anume înfundarea rădăcinei nasului, care, precum vom vedeà, atârnă şi de oprirea în desvoltare a oaselor nasale. Nasul ne apare turtit la rădăcina lui, restul fiind adeseori lăţit. Faţa în totalitatea ei e mică mai ales faţă de volumul mare al craniului. De notat e că la bărbaţii achondroplazii sistemul pilos al feţei e foarte bine desvoltat, poate mai bine uneori decât în starea normală. Există totuşi şi excepţiuni. Astfel unul din bolnavii lui Pierre Marie în vârstă de 18 ani, aveà încă faţa glabră şi se puteà discutà dacă e sau nu puber. Deasimenea bolnavul lui Lannois în vârstă de 25 ani, n'aveà decât o idee de barbă.

---

[1] Istoricul chestiunei e luat în mare parte după Vilaire-Cabéche.

Membrele sunt, precum am zis foarte scurte. Pierre Marie a atras atenţiunea asupra faptului că în genere oprirea în lungimea membrelor predomină în segmentele rizomelice şi din această cauză braţul e mai scurt decât antebraţul şi coapsa mai scurtă decât gamba. Lucrurile nu se petrec în totdeauna astfel, există cazuri de achondroplazie în cari ca şi în starea normală, braţul e mai lung decât antebraţul şi coapsa mai lungă decât gamba. Dar şi în aceste cazuri de cele mai multe ori cel puţin diferinţa dintre lungimea antebraţului şi a braţului, e mai mică decât în starea normală. Acelaş lucru pentru coapsă şi gambă. Şi în aceste cazuri există prin urmare micromelia rizomelică descrisă de Pierre Marie. Această scurtare a segmentului rizomelic face ca indicele radiohumeral sau femorotibial care exprimă raportul dintre lungimea segmentelor mezomelice şi a celor rizomelice, să fie în creştere

Mult mai rar micromelia rizomelică lipseşte cu totul.

Mâinile şi picioarele sunt scurte. Mâinile mai cu seamă sunt caracteristice având o formă pătrată şi ultimele degete fiind aproape egale între ele. In plus, degetele apropiate la rădăcina lor diverg către extremităţi, dând mânei aspectul pe care Marie l'a observat cel dintâiu, şi l'a numit *„main en trident“*.

Trunchiul e de regulă normal ca lungime. Spatele e plat, din cauza modificărilor de direcţiune a vertebrelor dorsolombare: Regiunea lombară prezintă concavitatea mult mai pronunţată decât în starea normală, din cauză că sacrul e ridicat înapoi (l'enselure lombaire).

Există totuşi cazuri în cari toracele prezintă turburări mai însemnate. Astfel într'un caz al lui Cestan (14) sternul prezintă un şghiab foarte pronunţat. In cazul lui Mery (15) exista o dublă scolioză. In acela al lui Lannois existau mătăniile condrocostale. In fine într'un caz pe care unul din noi l'a studiat împreună cu d-nii Şunda (16) şi Zalplachta, regiunea dorsală inferioară prezintă o cifoză, pe când cea superioară o lordoscolioză. Musculatura e foarte bine dezvoltată la achondroplazi, la bărbaţi în special, aşà încât aceştia au putut cu drept cuvânt să fie comparaţi cu nişte mici atleţi. Porak care a studiat achondroplasia la femei, notează în cazurile sale obesitatea ca un fenomen frequent.

Regnault semnalează acelaş fapt la regina egipteană Atti care erà un tip perfect de femee achondroplasă. Mauclaire de aseminea notează acest caracter la bolnava observată de el.

Studiul radiografic ne arată că oasele au grosimea normală şi că epifisele sunt de regulă voluminoase, iar crestele inserţiunilor musculare foarte aparente. Din cauza îngroşării epifiselor, articulaţiunile nu se fac destul de bine. Aşà capul umeral nu intră destul de bine în cavitatea glenoidă care e ea însăşi de altfel micşorată şi din această cauză braţele sunt de obiceiu puţin depărtate de trunchiu. Din aceiaşi cauză troclea umerală nu se articulează în mod complect cu cavitatea sigmoidă a cubitului şi extensiunea antebraţului nu se poate face destul de complect. La articulaţiunea genunchiului Pierre Marie a notat faptul că extremitatea superioară sau capul peroneului ia parte la formarea platoului articular precum se vedeà şi pe radiografia cazului nostru care ne fiind destul de bine reuşită n'a putut fi reprodusă.

Intru cât priveşte cartilagele de conjugaţie, unii autori ca Pierre Marie (1) au notat persistenţa lor anormală. Alţii cum e Caruette au văzut din contra osificarea lor înaintată, la copii (10 ani).

Intru cât priveşte starea mentală a acestor bolnavi ea poate fi normală şi chiar superioară mediei. Totuşi în cele mai multe cazuri ea lasă de dorit şi uneori ajunge până la imbecilitate.

---

(1) Pierre Marie a revenit la societatea spitalelor asupra acestui fapt declarând că radiogramele sale n'au fost destul de bine reuşite şi că din această cauză nu poate aveà o opiniune fermă.

Precum unul din noi a arătat împreună cu colegii Şunda şi Zalplachta, există până la un punct un raport invers între starea intelectuală a achondoplazilor şi volumul capului, cei cari au volumul ce-l mai mare al capului având inteligenţa cea mai redusă.

La unul din bolnavii pe cari unul din noi i-a studiat împreună cu d-nii Zalpachta şi Şunda, se constată o stare mentală cu mult inferioară normalei. Atenţiunea sa erà mobilă, nu puteà fi fixată decât pentru un scurt timp. Memoria de asemenea erà foarte slabă, bolnavul uità totul imediat. Erà incapabil să numere până la 10, chiar servindu-se de ajutorul degetelor. Erà incapabil să adune 2 şi cu 2. Nu cunoşteà monedele simple ca cele de 5, 10, 20 bani.

Prezintă o oare care tendinţă la zeflemele, fapt notat şi în alte cazuri. De aseminea întocmai ca unul din bolnavii lui Pierre Marie prezentà o exageraţiune a instinctului genezic. Faptul acesta a fost notat de autori şi la femeile achondroplase cari deşì au naşterile dificile şi necesitând intervenţiuni serioase (ca operaţia cesariană) nu evită a se expune de repetate ori la astfel de intervenţii.

La bolnavul nostru (N. R.) găsim inteligenţa medie, o memorie de evocaţie foarte bună. Procesele logice se fac destul de bine în limitele cunoştinţelor de cari dispune. Sentimentele sunt destul de pronunţate. Totuşi nu poate număra decât până la 15 şi nu-şi poate calculà banii repede şi exact. Găsim o mare tendinţă la ironie şi zeflemele.

Aceste două fenomene, tendinţa la ironie şi incapacitatea aritmetică nu depind cum s'ar puteà crede numai de lipsa de cultură pentru ultimul şi de o reacţiune psihică particulară prin care bolnavul caută să răspunză la zâmbetele şi ironiile dureroase cu care-l excită semenii săi normali, ci atârnă de o constituţie psihică specială inerentă creerului lor. Această convingere ne-am făcut-o prin analogia acestui psihism cu acela al triburilor Obongos şi Akkas pigmei din Africa centrală.

Du Chaillu (69) care a făcut exploraţiuni antropologice în Africa studiind pe aceşti pigmei ne dă următoarele detalii asupra inteligenţei lor. Obongii sunt dotaţi cu o remarcabilă dexteritate pentru prinderea fiarelor sălbatice.

Ei vând vecinilor vânatul şi peştele care le rămâne şi primesc în schimb banane, instrumente de fier, obiecte pentru bucătărie şi toate articolele de cari au trebuinţă. In acelaş timp acest autor spune că sunt foarte şireţi, că nu ştiu să numere şi ne dă o mulţime de fapte din care reese evidenta tendinţă la ironie.

Mai atragem atenţiunea asupra unor simptome ce există în achondroplazie dar fără să putem spune cu ce frequenţă. Astfel în cazul de care am vorbit mai sus, există o exoftalmie evidentă. Acest fapt e notat şi de Mery în cazul său unde exista însă şi la mama bolnavului care nu erà atinsă de achondroplazie. Am regăsit acelaş simptom la bolnavul a cărui observaţiune o reproducem în prezenta lucrare. Exoftalmia în acest caz e mai pronunţată la stânga. De aceeaşi partea există o dilataţiune pupilară. La acest bolnav există încă o exagerare evidentă a contracţiunii ideo-musculare. De asemenea am găsit la acest bolnav într'un prim examen inversiunea polară. In momentul închiderii curentului şi pentru intensitate egală, contracţiunile sunt mai puternice la polul pozitiv decât la cel negativ. Reexaminat din nou zilele acestea (29 Octomvrie) din acest punct de vedere am văzut însă că recţiunile musculare au revenit la starea normală.

Un alt fapt semnalat în câtevà observaţiuni şi care erà extrem de net la bolnavul ce unul din noi l'a studiat cu d-rii Şunda şi Zalplachta, e adâncirea boltei palatine Simptomul acesta e însă departe de a fi constant. El lipseşte, spre exemplu, la bolnavul a cărui observaţiune urmează la finele acestei lucrări

Intr'un oarecare număr de cazuri s'au semnalat de aseminea curburi ale membrelor în special ale celor inferioare. Simptomul acesta există în cazul a cărui observaţiune o dăm aici şi erà foarte net la unul din cele 2 cazuri pe cari unul din noi le-a observat împreună cu d-rii Şunda şi Zalplachta. Erà de aseminea foarte evident într'unul din cazurile lui Pierre Marie, la bolnava lui Joachimsthal şi la aceea a lui Baldwin.

Nu e însă vorba de curburi ale diafiselor ca acelea din rachitism, ci sediul lor e la nivelul articulaţiunii sau a regiunii diafiso-epifisare. In cazul observat de Vilaire-Cabèche ([17]) (un copil de 5 ani) s'au notat vegetaţiuni adenoidiene.

Am avut aci în vedere simptomatologia achondroplasilor vieţuitori, adulţi sau copii mai mari. Vom spune câtevà cuvinte încă asupra caracterelor achondroplaziei la făt.

In genere e vorba de copii născuţi morţi, la termen sau înainte de termen. Tegumentele lor sunt îngroşate şi par prea largi pentru corpul lor. După o medie făcută de Peloquin (18) după măsurătorile date de Porak, Apert, (19) Lugeol (20) diametrele craniului sunt normale şi macrocefalia în aceste cazuri e numai aparentă: Există totuşi în unele cazuri, rare de altfel, hidrocefalie cu mărire reală a volumului capului. Macrocefalia e foarte manifestă la fătul a cărui fotografie o dăm aci. (fig. 1 şi 2)

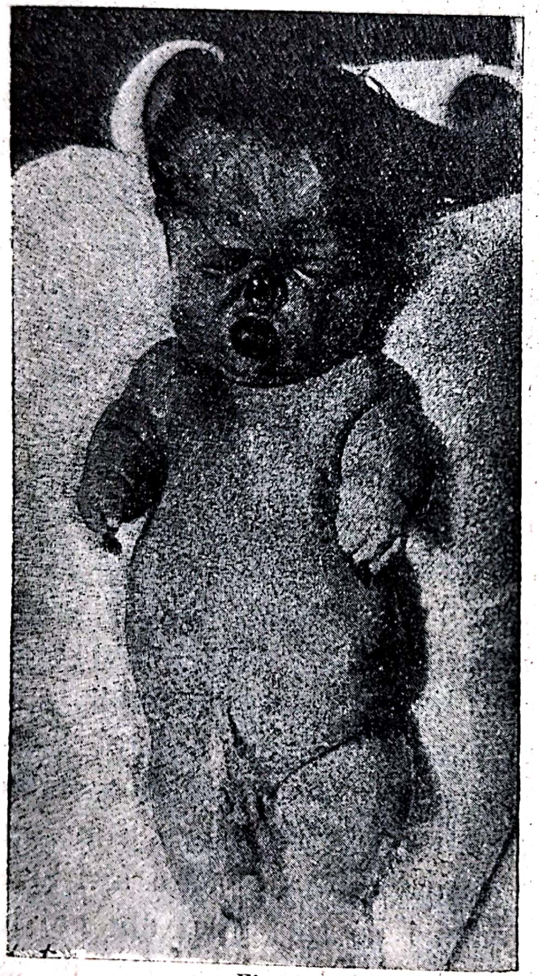


Fig. 1.

Trunchiul e normal, membrele scurte fără ca să se poată zice în genere că micromelia e rizomelică, mai cu seamă că la fătul normal putem găsi între segmentele mezo şi rizomelice o deosebire în avantagiul celor din urmă. Totuşi micromelia rizomelică a fost notată de Comby la un copil de 14 luni, iar Constantin Daniel (39) a raportat un caz în care micromielia rizomelică era evidentă la membrele superioare. In acest caz de achondroplasie distrofia nu se limită numai la osificaţiunea enchondrală ci şi interesa şi pe cea membranoasă şi oasele boltei craniene participau la procesul distrofic, ceea ce a determinat despicarea boltei craniene în momentul naşterii. Cazurile acestea rare în cari participă şi oasele formate pe contul unui ţesut fibros, par a stabili o tranziţie între achondoplazie şi disostoza cleido-craniană ereditară, distrofie ce se poate considerà ca *complimentul* achondroplaziei, constând tocmai într'o lipsă de osificaţie a oaselor ce se formează din ţesutul fibros ca acelea ale boltei craniene şi claviculele. Şi aci însă există, într'un oarecare număr de cazuri cel puţin, o micşorare a taliei, ceea ce arată că procesul patologic nu lasă complect indemnă osificaţiunea enchondrală. Cunoaşterea acestei curioase distrofii o datorim mai cu seamă lui Pierre Marie şi P. Sainton (40).

Reproducem în această lucrare două fotografii reprezentând un făt achondroplaz şi scheletul (fig. 1 şi 2) lui pe cari le datorim extremei bunevoinţe a d-lui Prof. Drăghescu. Il rugăm a primì viile noastre mulţumiri. Pe fotografia fătului ca şi pe aceea a scheletului se vede o macrocefalie indiscutabilă. Proeminenţele frontale şi parietale sunt foarte desvoltate. Există o brachicefalie evidentă. Părul capului e des. Nasul este mic şi înfundat la rădăcina lui. Trunchiul are dimensiunile normale, iar membrele sunt foarte scurte. Cele superioare îndepărtate de trunchiu, sunt groase, tegumentele prezintă numeroase cute şi extremitatea lor digitală abià ajunge la nivelul falşelor coaste. Mâinile sunt pătrate şi degetele scurte şi egale (fig. 1 şi 2).

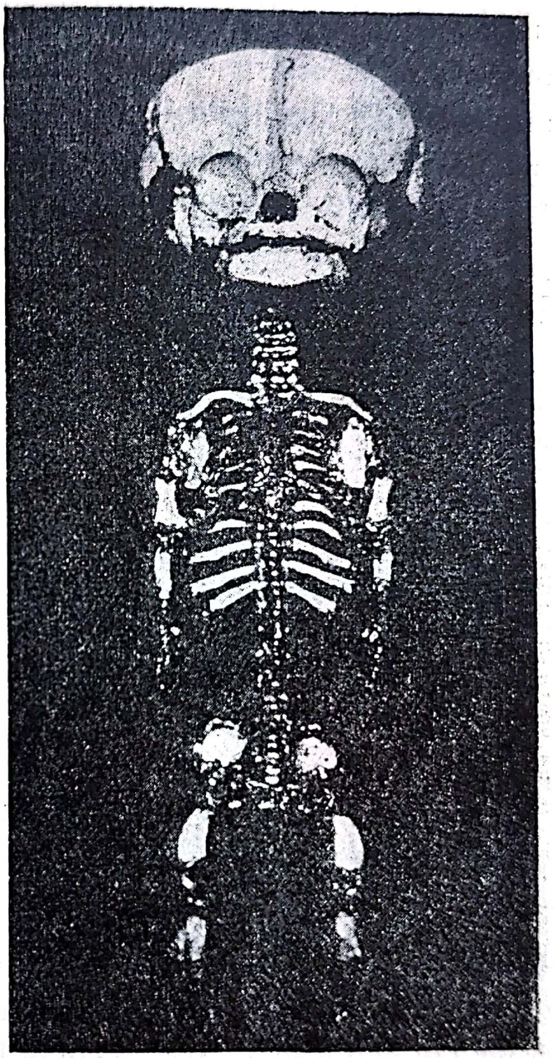


Fig. 2.

Tot în colecţiunea maternităţii d-l Prof. Drăghescu ne-a mai arătat alte 2 schelete de feţi achondroplazi. De asemenea în 1903 o femee în vârstă de 38 de ani a născut în Maternitatea un copil care prezintă caractere de achondroplazie, ca macrocefalie lungimea normală, a trunchiului coexistând cu o scurtime însemnată a membrelor. Dar în acelaş timp acest făt prezintă o buză de iepure şi polidactilie la câte şi 4 membrele. Muma acestui făt erà emaciată şi aveà abdomenul foarte mare. Starea sa generală lăsa de dorit. Prezinta varice foarte pronunţate.

Observaţiunea acestui făt e interesantă din mai multe puncte de vedere.

1) Ca în majoritatea cazurilor nu există acì o ereditate similară.

Ea demonstră că la achondroplazici ca şi la oameni normali, se pot întâlnì malformaţiuni variate ca buza de iepure, polidactilia etc.

3) El ridică chestiunea raporturilor posibile dintre aceste malformaţiuni şi achondroplazie. Chestiunea aceasta meritând desvoltări speciale, nu ne vom ocupà cu ea pentru un moment.

DIAGNOSTICUL.

Diagnosticul achondroplaziei, trebue făcut cu rachitismul cu hidrocefalia, cu diferitele feluri de nanism, cu osteita juxta epifisară.

a) Deşì confuziunea a fost făcută la început cu *rachitismul*, numeroase caractere negative şi pozitive diferenţiază în mod net achondroplasia de această maladie. Printre primele citām absenţa nodozităţilor costale şi epifisare precum şi a curburilor diafiselor. Printre ultimele micromelia rizomelică, curburile angulose diafiso-epifisare.

b) Volumul şi forma capului aminteşte uneori pe a *hidrocefalilor* şi nu putem exclude posibilitatea unui oarecare grad de hidrocefalie la unii achondroplazi. Dar în tot cazul acì avem a face cu un proces diferit şi simptomele pe cari le-am înşirat mai sus lipsesc în cazurile obişnuite de hidrocefalie.

c) Nimeni nu va confundà desigur nanismul din *morbul lui Pot* cu cel achondroplazic. Acelaş lucru putem spune pentru cele mai multe feluri de infantilism.

d) Mai uşor poate s'ar face confuziunea cu nanismul mixedematos. Şi acì găsim scurtimea taliei cu un volum relativ mare al capului. Şi acì nasul e înfundat la rădăcina sa. Dar în plus există infiltraţiunea tegumentelor, apatia psihică etc. Pubertatea nu apare la aceşti bolnavi. In fine tratamentul specific, adică în cazul acesta opoterapia tiroidiană produce o creştere însemnată, ceea ce nu se observă în achondroplazie.

e) In *nanismul congenital*, puţin studiat de altfel, starea generală a organismului e precară şi nu se observă simptomele indicate mai sus ale achondroplaziei.

f) In *nanismul mitral* se observă leziunea valvulară şi simptomele obişnuite ale achondroplasiei lipsesc.

g) In fine trebue să menţionăm că osteita justa epifisară poate simulà uneori achondroplazia, putând determinà prin localizări multiple un adevărat nanism cu micromelie care poate fi chiar rizomelică şi cu lungime normală a trunchiului.

Bothezat (43) (din Iaşi) a avut a face diagnosticul unui asemenea caz cu achondroplazia. Precum observă acest autor achondroplazia e congenitală. Osteita juxta epifisară apare după naştere, e însoţită de febră, supuraţiuni şi procesul acesta lasă cicatrice care ni-l revelă mai târziu.

PROGNOSTIC.

In ceea ce priveşte *prognosticul* trebue să distingem achondroplazia fetală şi a nou născuţilor de aceea a copiilor mai mari, a adolescenţilor şi adulţilor.

O mare parte din feţii achondroplazici, fie din cauza leziunilor viscerale ce le-ar prezintà, fie din cauza dificultăţilor naşterii, nu au mulţi sorţi de a trăì. Tot astfel se pare a stà lucrurile cu o mare parte dintre noi născuţi.

Aceia însă cari stăbat cu succes prima copilărie, par a se comportà mai târziu ca şi oamenii normali, putând trăì ani îndelungaţi. Bolnavul a cărui, observaţiune o dăm aci e în vârstă de 57 ani. Cel observat de Dide şi Leborgne aveà 63 ani. O rezervă e totuşi de făcut pentru femeile achondroplaze cari având basinul prea îngust sunt supuse la naşteri dificile cari le pot periclità existenţa.

Anatomia patologică

Relativ la *anatomia patologică* macroscopică, nu ne rămâne mult de zis, de oare ce am indicat cele mai multe caractere când am vorbit de rezultatele radiografiei. Vom mai amintì că baza craniului e oprită în dezvoltare mai cu seamă basioccipitalul şi corpul sfenoidului ce se dezvoltă din cartilagiu.

După Regnault (21) partea inferioară a porţiunii solzoase a occipitalului în loc să aibă o întindere egală cu cea superioară nu mai are decât a 5-a sau chiar a 9-a parte. Există în unele cazuri o sinostoză precoce a oaselor bazei.

La faţă oasele proprii ale nasului sunt adeseori atrofiate, ceea ce explică împreună cu scurtimea bazei craniene, înfundarea nasului achondroplazilor. Acelaş lucru se întâmplă uneori cu maxilarele superioare.

Oasele lungi ale membrelor prezintă uneori curburi dar sediul acestora nu e diafisa ci locul de unire al diafisei cu epifisa. Cele două laturi ale unghiului sunt drepte. Se ştie din contră că în rachitism diafisa e sediul unor curburi neregulate.

La membrul superior găsim omoplatul atrofiat.

Din contră, clavicula are lungimea normală sau chiar peste normală.

La membrul inferior găsim atrofia oaselor basinului cu micşorarea diametrelor ceea ce explică pentru ce naşterile sunt dificile şi necesitează intervenţiuni la femeile achondroplaze.

Amintesc că adeseori capul peroneului ia parte la articulaţia genunchiului.

In ceea ce priveşte sudura epifiselor, aceasta păreà întârziată cel puţin într'unul din cazurile lui Pierre Marie. Din contră, în acela al lui Huet-Caruette exista mai de grabă o sudură precoce.

* * *

Trecem acum la studiul leziunilor microscepice ale oaselor, în achondroplazie. Acest capitol e încă puţin cunoscut şi cercetările făcute până acum nu se referă decât la feţi şi la noi născuţi. Müller, Winkler, Parrot au arătat că osificaţiunea encondrală e împiedicată în achondroplazie.

După Spillman (22) nu se mai găseşte în aceste cazuri la nivelul cartilagiului de conjugaţiune, stratificaţiunea caracteristică cartilagiului normal.

Din contră, celulele sunt dispuse fără nici o ordine şi în nici un caz nu mai găsim cartilagiul seriat.

Cartilagiul se află separat de ţesutul spongios printr'o zonă de cartilagiu calcificat şi în care găsim celule mari, rotunjite şi aşezate în mod neregulat. Această zonă se limitează în mod regulat de partea cartilagiului de conjugaţie care e de altfel foarte redus. De partea ţesutului spongios zona de cartilagiu osificată prezintă nişte dinţături.

In unele locuri găsim celule cartilaginoase turtite şi inglobate într'o masă foarte calcificată. In alte locuri măduva ajunge până la nivelul cartilagiului. Sub această zonă de cartilagiu calcificat se găsesc lamele osoase neregulate limitând cavităţi pline cu celule rotunde. Astfel de celule umplu şi canalul mădular.

ETIOLOGIA.

Vom studià acum *etiologia* achondroplasiei. Vom spune dela început însă că nu cunoaştem mult în această privinţă. Există cu siguranţă un număr de cazuri puţin însemnat de altfel în care ereditatea directă intervine în mod indiscutabil. Astfel sunt cazurile lui Porak, Baldwin (23), Boeckh (24), Peloquin, Regnault citează de aseminea cazul reginii egiptiene Atti o achondroplasă desăvârşită a cărei fică prezintà o asemănare perfectă cu mama ei. In cazurile lui Lanois, Poncet şi Leriche fratele şi sora erau atinşi de achondroplazie.

Dar în cele mai multe cazuri ereditatea directă lipseşte. S'a încriminat de asemenea o heredointoxicaţiune prin maladii ale mamei în timpul sarcinei. Astfel într'unul din cazurile lui Porak şi Durante (25) mama prezintà o erupţiune sifilitică. In celalalt prezintà leziuni a le ficatului şi rinichiului. Cum însă aceşti factori sunt destul de deşi şi achondroplazia destul de rară trebue să facem oare cari reserve asupra lor. Poncet şi Leriche (26) admit existenţa unei achondroplazii normale ca o varietate a speciei umane. Apert emisese aceeaşi opiniune asupra achondroplasilor în general. La achondroplazicii cari în afară de conformaţiunea lor specială nu găsim nimic anormal, ar fi vorba după Poncet şi Leriche de un fel de revenire la un tip ancestral. Prin urmare un fenomen de atavism. Dar nici în această ipoteză — de altfel destul de plausibilă — nu cunoaştem cari sunt factorii cari intervin în redeşteptarea tipului ancestral.

PATOGENIE.

Intru cât priveşte *patogenia* achondroplaziei, suntem iarăşi reduşi la simple ipoteze.

Totuşi unele din ele par a ne face să întrezărim adevărul. Pentru Parrot achondroplazia ar fi o maladie a cartilagiu-

---

1) In capitolul acesta ne-am servit mult de tezele lui Villaire-Cabèche şi a lui Pelloquin şi de revista lui Regnault

lui. Această teorie admisă de curând şi de De Buck (28) nu ni se pare destul de satisfăcătoare, căci e greu de înţeles raţiunea unei maladii atât de sistematizate fără să ne gândim la o alteraţiune, a mediului intern. Pierre Marie a emis o ipoteză mai plausibilă după care alteraţiunea cartilagelor de conjugaţiune ar fi efectul unei cauze mai generale.

Acest autor se întreabă dacă raţiunea achondroplaziei nu trebue căutată în turburarea funcţiunii sau dezvoltării vr'unui organ glandular după cum, spre exemplu mixedemul e datorit absenţei sau lipsei de funcţiune a corpului tiroid Unii autori ca Hertoghe (29) şi Masoin (30) au căutat chiar să pună achondroplazia printre turburările ce ţin de viciarea funcţiunei acestui organ. Poncet şi Leriche însă refuză să vadă ori ce legătură între achondroplazie şi glanda tiroidă. Schwab (citat de Leriche) găsind concreţiuni placentare mai cu seamă de partea decidualei crede că achondroplazia ar puteà ţine de o insuficienţă sau de o turburare placentară. Se pare că acest organ ar puteà fi considerat până la un punct ca o glandă cu secreţiune internă.

Porak şi Durante consideră achondroplasia ca rezultatul unei heredointoxicaţiuni. Am văzut mai sus cari sunt argumentele lor precum şi motivele ce ne fac să păstrăm oare cari rezerve faţă de această interpretaţiune. De altfel, aceşti autori nu exclud posibilitatea unei achodroplazii prin insuficienţă glandulară fetală şi aşteaptă ca faptale noi să demonstreze dacă alături de o achondroplazie prin heredo-intoxicaţiune există o alta prin auto-intoxicaţiune.

Poncet şi Leriche admit existenţa unei achondroplazii normale şi a uneia patologice. Prima ar reprezentà o varietate a speciei omeneşti după cum există varietăţi cu membrele scurte şi la alte animale ca la câini baseţii, varietatea zisă natos la boi din Argentina, caprele din Guinea, oile americane. Comparaţiunea aceasta între achondroplazia umană şi rasele citate, de animale, a fost de altfel dejà făcută de către Apert In cazul acesta achondroplazii normali cari constituesc majoritatea cazurilor publicate la adulţi, adolescenţi şi copii mai mari ar reprezintà revenirea la tipul atavic.

Trebue să recunoaştem că opiniunea exprimată de aceşti autori are un fond foarte serios căci precum o dovedesc cu probe suficiente există aproape o identitate de caractere între aceste cazuri de acondroplazie şi unele rase de pigmeii ca Akkaşii, Bengaliii, Obongii etc. cari populează astăzi anumite ţinuturi din Asia şi Africa şi a căror urme le mai găsim în unele regiuni din Europa ca în unele puncte din Bretania, şi cari după documentele citate de autori ar fi fost reprezentaţi în număr mult mai mare în Europa, în vremile apuse.

Această teorie combătută de curând de Verneau nu ne explică însă, chiar dacă fondul ei e adevărat, ceea ce ni se pare probabil, pentru ce la aceste rase creşterea se face în mod diferit de-a celorlalte, pentru ce cartilagele de conjugaţie au o vitalitate mai mică şi proliferaţiunea lor, care e la baza osificaţiunii enchondrale, lipseşte. In ceeace priveşte achondroplazia patologică autorii admit posibilitatea mai multor factori etiologici, între care heredo-alcoolismul, sifilisul ereditar sau o intoxicaţie prin viciare sau exces al funcţiunii testiculare. Reţinem acest punct care ni se pare de o mare însemnătate. Autorii au fost conduşi la această ipoteză comparând achondroplazia cu gigantismul şi găsind că primul sindrom poate fi considerat ca antipodul celui din urmă Or se ştie că se poate obţine un adevărat gigantism experimental prin castraţia precoce atât la om cât şi la animale.

Intr'o ordine de idei opusă autorii citează experienţele lui Dor, făcute în laboratoriul lui Poncet, care prin injecţiunea de spermină a putut obţine o adevărată *sterilizare* a cartilagelor de conjugaţie, la iepuri şi la cobai. Mai târziu Leriche (³¹) reluând chestiunea achondroplaziei într'o interesantă revistă generală revine asupra acestei relaţiuni a glandelor sexuale cu achondroplasia. Citâm textual pasagiul ce se referă la această chestiune. După ce autorul aminteşte părerea lui Martinez Vargas care într'o lucrare asupra achondroplaziei vorbeşte de opoterapia timică Leriche continuă în modul următor: „Ne putem într'adevăr gândi la timus, e o ipoteză ce se poate susţine, dar până acum, fără argumente în sprijinul ei.

Nu e tot astfel pentru organele genitale, al cărui rol în desvoltarea scheletică începem să'l cunoaştem. Fără îndoială această idee n'are până acum nici un control anatomic, dar unele fapte fiziologice şi experimentale ne dau dreptul să ne gândim la glanda interstiţială a testiculului şi a ovarului. Contrariu gigantismului cu care e în relaţiune manifestă în unele cazuri, prin deficit, glanda testiculară, ar puteà, poate, prin viciaţiune sau prin exces să producă o oprire de creştere. Intr'adevăr cercetările d-lui Poncet au stabilit de mult că castraţia timpurie la animale are ca consecinţă o ipercreştere a scheletului şi că, în măsura în care putem vorbì de dolicocefalie la animale ca epurii sau pisicele, castraţii au craniul mai alungit decât martorii.

Aceste fapte au fost verificate de Briau, Guinard la animale, de Matignon, Lortet, Hikmet şi Regnault la castraţi. De curând Launois şi Roy au stabilit raporturile infantilismului cu gigantismul. In fine Pirche (31) în teza sa inspirată de Poncet, a reluat aceste fapte, a exprimentat el însuşi şi a expus tot ce se ştià despre acţiunea testiculului, asupra creşterei. Pe de altă parte L. Dor şi Maisonnave, în laboratoriul lui Poncet au obţinut de curând prin injecţiunea de lichid orchitic o sterilizare relativă a cartilagiului de conjugaţiune şi o reducţiune a taliei la animalele în experienţă. „Unul din noi a făcut împreună cu d-l A. A. Antoniu două experienţe în această privinţă şi au obţinut rezultate ce se pot comparà cu acelea a le autorilor francezi. Au injectat la 2 căţei eşiţi din aceiaşi gestaţiune în 3 rânduri câte un testicul de câine adult triturat în ser artificial. Animalele au trăit 2 luni dela începutul experienţelor, şi au murit în stare de cahexie, unul cu diaree.

Iată lungimea şi circonferinţa principalelor oase lungi comparate cu acelea ale martorilor respectivi (fraţi din aceeaşi gestaţiune şi a căror talie nu erà diferită în mod aparent înainte de începerea experienţelor),

	Animalele injectate.		*Martorii.*	
	No. 1.	No. 2.	No. 1.	No. 2.
Femurul lung.	6 cm.	7.3	9 cm.	8. 5 cm.
circ.	4 cm.	$4^{1}/_{2}$	5 cm.	5 cm.
Humerus lg.	6. 5.	7. 3.	8. cm.	8 cm.
circ.	4.	4	4. cm.	5 cm.

Precum se vede există, o deosebire foarte marcată în lungimea oaselor citate, între animalele în experienţă şi martorii respectivi ceea ce se datoreşte credem injecţiunilor. Vom notà însă faptul că animalele au sucombat cu fenomene cahectice. Dozele injectate au fost poate prea masive. La nivelul injecţiunii s'a format o mică ulcerațiune ce s'a vindecat de altfel cu ușurință.

Experiențele ar trebui continuate pe o scară mai întinsă, variându-se doza, intervalul injecțiunilor, numărul acestora etc.

In cazurile noastre ca și în experiențele lui Maisonnave, există o oprire în desvoltarea oaselor și în grosimea lor, ceea ce nu se vede în achondroplasie.

Ar fi interesant de văzut efectul injecțiunilor de suc testicular sau ovarian la femelele însărcinate Poate s'ar puteà determinà astfel o adevărată achondroplasie la progenitura lor.

Vom mai aminti că Dor a putut obține o încetinire a creșterei în două cazuri în cari aceasta era exagerată întrebuințând opoterapia orhitică.

„In prezența acestor fapte continuă Leriche, ne putem întrebà dacă glanda cu secrețiune internă invocată de Marie n'ar fi glanda genitală. Dar numai examenele istologice precise ar puteà să stabilească exactitatea acestei ipoteze“.

Reluând comparația gigantismului cu achondroplasia în lucrarea ce unul din noi a făcut-o împreună cu d-nii Zalplachta și Șunda, am arătat că opozițiunea se poate stabilì aproape punct cu punct.

Astfel, achondroplazicii au capul mare. In gigantism și la castrații din copilărie, cari reprezintă cazuri de adevărat gigantism experimental, capul e de cele mai multe ori brachicefal. Or în gigantism precum ne putem ușor convinge, consultând observațiunile și fotografiile din frumosul volum pe care Launois și Roy l-au consacrat acestei chestiuni, capul e în genere dolicocefal. Acest caracter a fost de asemenea găsit de Richon și Jeandelize la animale castrate de timpuriu.

Intru cât privește membrele, ele sunt lungi în gigantism; scurte în achondroplasie. În aceasta scurtarea interesează mai cu seamă segmentul rizomelic. Or tocmai acest segment e acela care se lungește mai mult în gigantism.

De aseminea în cazurile de gigantism sistemul pilos e rău desvoltat si sistemul genital cu a cărui funcțiune cel dintâiu e în legătură — e în deficit. Contrariu se observă în achondroplasie unde sistemul pilos e foarte bine desvoltat, iar organele și funcțiunile sexuale sunt de asemenea bine desvoltate.

Paul Moreau (de Tours) în cartea sa a făcut dejà în 1888 o apropiere între gigantism şi nanism considerându-le pe ambele ca datorite rachitizmului, opiniune nefondată.

Pornind dela aceste consideraţiuni şi fără a cunoaşte pe atunci lucrările lui Poncet şi Leriche unul din noi a emis pentru patogenia achondroplasiei (împreună cu d-nii Şunda şi Zalplachta) o ipoteză care are multe afinităţi (deşi diferă întru câtva) cu aceea emisă de aceşti autori pentru o parte din cazuri.

Într'adevăr, dacă achondroplasia e opusă gigantismului ca simptomatologie, ni se pare foarte raţional să admitem acelaş lucru pentru patogenie.

Nu cunoaştem însă în mod absolut precis nici patogenia gigantismului. Într'o lucrare anterioară unul din noi a căutat să arate care ar fi patogenia acromegaliei şi a gigantismului, sindrome cari în marea majoritate a cazurilor, cel puţin, sunt expresiunea unui proces unic ce apare după sau înainte de osificarea cartilagelor de conjugaţiune. A admis atunci pentru motivele ce le-a expus în acea lucrare, că aceste sindrome recunosc de cauză exagerarea funcţiunilor unor glande între cari ipofisa, corpul tiroid şi timusul (atunci când acesta persistă) şi aboliţiunea sau ipofuncţiunea glandelor sexuale a căror funcţiuni, întru cât priveşte creşterea mai cu seamă, sunt antagoniste primelor (34).

Trebue să arătăm însă aci că rolul ipofisei în creştere apare numai ca *probabil*, în urma studiului a numeroase fapte anatomopatologice. De aseminea câteva fapte exprimentale şi faptul ca timusul e un organ al primei copilării fac *probabilă* intervenţiunea acestei glande în fenomenele creşterii şi osteogenezei în general. Din contra, rolul corpului tiroid in producerea aceloraşi fenomene şi acela antagonist al glandelor sexuale e demonstrat în mod definitiv.

Vom admite deci pentru achondroplasie şi aceasta chiar şi pentru cazurile pe cari Poncet şi Leriche le consideră ca normale o patogenie opusă acelea a gigantismului şi acromegaliei. Achondroplazia ar fi deci în această ipoteză sindromul produs prin exagerarea secreţiunii interne a glandelor sexuale şi prin diminuţiunea funcţiunilor glandelor antagoniste, corpul tiroid, timusul, ipofisa. Un caz din cele două pe cari unul din noi le-a observat cu d-rii Zalplachta şi Şunda şi în care examenul macroscopic al organelor a fost făcut, ipofisa erà mică, iar greutatea corpului tiroid erà cu mult inferioară normalei. Acest caz confirmă ipoteza ce propunem şi care e anterioară cunoaşterei acestui caz. Ne putem acì întrebà dacă antagonismul între glandele ce favorizează creşterea sau o inhibează, se exercită numai între produsul lor de secreţiune sau dacă produsul de secreţiune al uneia moderează însăşi activitatea celeilalte. Un număr de fapte asupra cărora unul din noi a insistat într'o lucrare anterioară făcută în colaboraţie cu dr. Goldstein fac mai probabilă ultima alternativă.

Exagerarea instinctului genezic care există în unele cazuri de achondroplazie se poate aduce în sprijinul ipotezei ce susţinem. Tot aşà faptul notat de Porak că femeile achondroplazice au în genere tendinţa la obezitate şi aspectul atletic bine cunoscut al achondroplazilor bărbaţi. Am puteà vedeà aci o exagerare a unora din caracterele secundare (sau după alţii terţiare) ale sexului.

Nu ignorăm însă că se pot ridicà şi obiecţiuni contra acestei ipoteze şi că ea are necesitate să fie precizată în unele puncte.

Astfel trebue să ne întrebăm dacă iperfuncţiunea glandelor sexuale cari prezidă la producerea achondroplaziei aparţine fătului? (Căci achondroplazia debută în cursul vieţei fetale). Şi acì e de discutat dacă e posibilă o iperfuncţiune sau o intrare precoce în acţiune a secreţiunii glandelor sexuale la această epocă a vieţei.

De sigur, faptul nu e dovedit, dar *a priorì* nu pare imposibil. Intr'adevăr se pare după cercetările lui Ancel şi Bouin, Voinov, Branca, etc., că există o independenţă între secreţiunea internă şi cea externă a glandelor sexuale, fiecare din ele fiind opera unor formaţiuni deosebite.

Putem însă să presupunem că secreţiunea exagerată aparţine ovarelor mamei, (a căror secreţiune se pare că în starea normală trebue să fie mai degrabă abolită în cursul sarcinei). In cazul acesta s'ar puteà explicà achondroplazia pe calea aceasta, căci, precum ştim, ovarele au un rol inhibitor în fenomenele osificaţiunii în genere şi în special asupra aceleia ce se face pecontul cartilagiului de conjugaţie.

Se poate de aseminea admite că secreţiunea exagerată a ovarelor mamei servă de primum movens în producerea achondroplaziei şi că mai târziu secreţiunea internă a glandelor sexuale debutează în mod precoce sau e exagerată la copilul achondroplazic sau la achondroplazicul adult.

Precum am zis însă mai sus, ştim foarte bine că se pot ridicà şi obiecţiuni serioase în contra acestei ipoteze. Astfel la unul din bolnavii lui Pierre Marie, figura erà glabră şi se puteà discutà dacă bolnavul erà puber. (Vârsta bolnavului erà de 18 ani). Dar pe cât se pare, prima impulsiune în apariţiunea pubertăţei e dată de corpul tiroid aşa că nu e imposibil ca în acel caz să fi existat un oarecare grad de ipotiroidism. De altfel Devay (36), Lugaro (37) au semnalat coexistenţa achondroplaziei cu mixedemul.

De aseminea în observaţiunea lui Lannois se spune că „pielea e groasă şi cutată, şi ţesutul hipodermic infiltrat ca în mixedem“ Bolnavul n'are decât o idee (un soupçon) de barbă. Vocea e puţin răguşită. Aceste caractere ne fac să ne gândim şi aci la un oarecare grad de ipotiroidism, deşi autorul notează volumul normal al acestei glande. Dar volumul normal nu coincidă totdeauna cu integritatea funcţiunii. Intr'un caz al lui Collman, 38) corpul tiroid erà, din contră, mărit.

E totuşi adevărat că starea glabră a figurei la un bărbat trebue să ne facă să ne gândim la insuficienţa testiculară. Dar şi acì trebue să ne întrebăm dacă nu se poate să existe o disociaţiune între funcţiunile testiculare cari intervin în desvoltarea sistemului pilos şi acelea cari exercită acţiunea inhibitivă asupra creşterii. Ori cum ar fi, chiar în acest caz al lui Pierre Marie nu e exclusă posibilitatea unei hiperfuncţiuni a glandelor ovariene ale mamei în timpul gestaţiunii care ar fi avut răsunet asupra cartilagelor de conjugaţiune ale fătului.

In acelaş caz Pierre Marie a semnalat absenţa de sudură a epifiselor. Acest fapt ar puteà constituì un argument în contra opiniunii ce susţinem, căci şi la castraţi se observă această lipsă de sudură. Totuşi o deosebire, şi destul de însemnată există. Pe când la castraţi cartilagele de conjugaţie prezintă o vitalitate exuberantă de unde creşterea prelungită şi talia gigantică; în achondroplazie vitalitatea lor e din contră foarte redusă de acì oprirea sau încetinirea aşà de însemnată a creşterii. Absenţa sudurii epifiselor în unele cazuri de achondroplazie a adultului, se apropie după părerea noastră de aceea ce se observă la mixedematoşi şi în cazul lui Marie, de care am vorbit, e un fapt mai mult care ne face să ne gândim la coexistenţa unui grad destul de însemnat de ipotiroidism.

Ori cum ar fi, în cele ce am zis relativ la patogenie, n'avem pretenţiunea de a exprimà mai mult decât o ipoteză pe care faptele o vor confirmà sau infirmà.

Această ipoteză ni se pare totuşi cea mai convenabilă în starea actuală a ştiinţei.

Mai rămân de zis, câteva cuvinte, puţine de altfel, relative la tratamentul achondroplaziei.

După cele ce am zis, se înţelege uşor că în aceste cazuri, ca din nenorocire în atâtea altele, terapeutica e aproape neputincioasă.

In cazul lui Ioachimsthal în care exista precum am zis, o curbură a membrelor inferioare ,s'a intervenit pe cale chirurgicală şi s'a obţinut pe lângă îndreptarea membrelor şi un oarecare grad de lungire a taliei.

S'a încercat tratamentul tiroidan de către Marie şi Cestan. Ambii autori n'au obţinut decât insuccese. Acest tratament care are o acţiune atât de specifică asupra creşterii în cazurile de ipotiroidism nu poate să deà în achondroplazie rezultatele admirabile pe cari le dă în infantilismul mixedematos. In acesta din urmă cartilagiul stă într'un fel de somnolenţă din care îl deşteaptă agentul specific ce ajunge la el prin circulaţie, din contră, în achondroplazie există după expresiunea pitorească a lui Poncet şi Leriche o adevărată sterilizare a cartilagiului de conjugaţiune.

Vom notà totuşi că Mery şi Labbé au obţinut în cazul lor (la un copil de 12 ani) prin tratamentul tiroidian urmat timp de un an, o creştere de 5 centimetri. Relativ la acest succes autorii se exprimă în modul următor. „E greu să afirmăm că tratamentul tiroidian e autorul acestei creşteri a taliei, dat fiind insuccesul obişnuit al acestui tratament în achondroplazie.

Poate nu e decât o simplă coincidenţă. Ne vom mulţumi a expune faptul fără a trage nici o concluzie.“

Ori cum ar fi, dacă ipoteza ce am expus mai sus se va adeveri, tratamentul prin corpul tiroid, această glandă antagonistă a glandelor sexuale, mai cu seamă în ceea ce priveşte creşterea, pare pentru un moment cel mai indicat cu condiţiune totuşi să nu fie încercat decât atunci când mai există încă cartilagiul de conjugaţie.

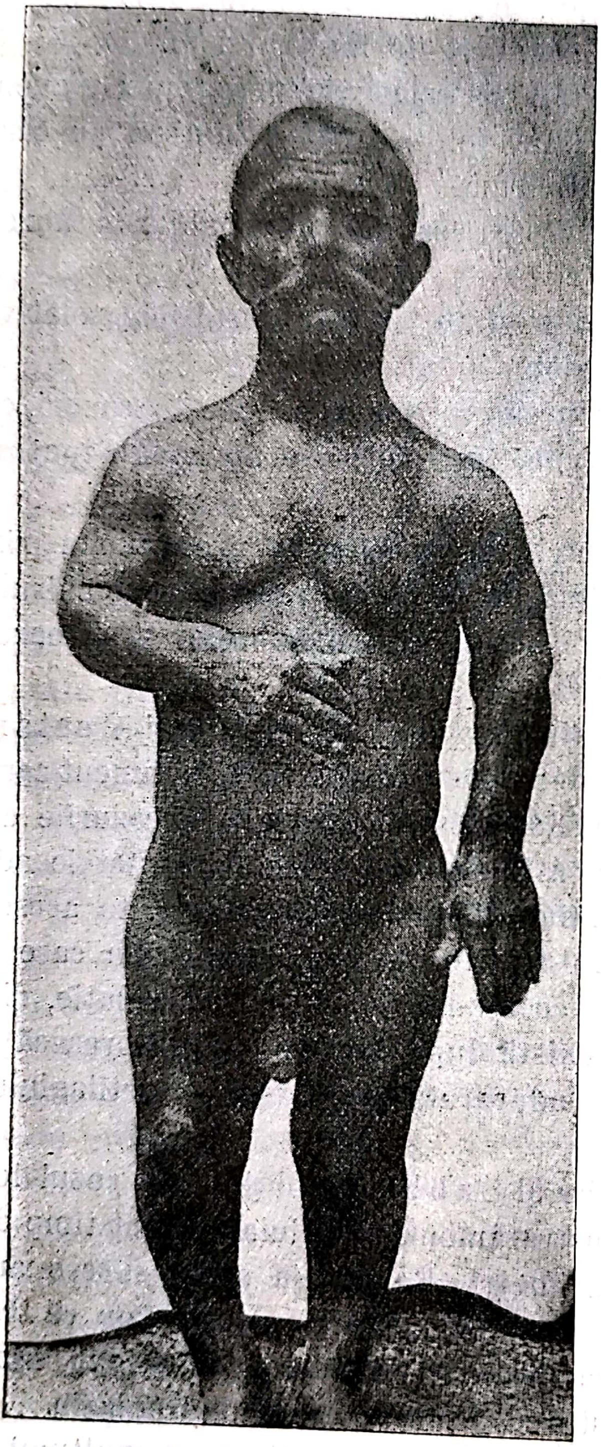


Fig. 3.

Poate, admiţând că s'ar puteà diagnosticà achondroplasia înainte de naştere, ar fi de încercat acest tratament administrându-l mamei în timpul sarcinei.

Dar, precum vedem, obscuritatea asupra acestui punct e încă aproape completă. De aceea ne vom oprì aci pentru un moment.

* * *

Vom da acum observaţiunea unui achondroplazic pe care am avut ocaziunea să-l studiem de curând.

N. R. de 57 ani, de meserie cismar. (fig. 3 şi 4) (1)

Antecedente hereditare. Părinţii bolnavului, originari din Transilvania, au murit bătrâni. Informaţiunile pe cari ni le dă bolnavul asupra trecutului lor patologic sunt insuficiente. Dintre ele însă trebue să menţionăm un lucru de mare valoare pentru noi, asupra căruia bolnavul insistă cu certitudine, anume că talia părinţilor săi a avut dimensiuni normale, şi că elementele sale erau dispuse în mod armonic şi proporţionat. Deaseminea bolnavul ne mai afirmă că pitici ca sine n'au existat, nu numai în ascendenţa sa cea mai depărtată, dar nu s'a pomenit niciodată în istoria satului său întreg.

---

(1) Datorim figura 4 bună voinţei d-lui Profesor Severeanu prin serviciu căruia a trecut acest bolnav. In fotografie achonchoplasicul nostru ie pus alături de un bolnav cu o talie de 2 metri. Contrastul ie astfel şi mai isbitor. Rugăm pe D-l Profesor Severeanu a primi viile noastre mulţumiri.

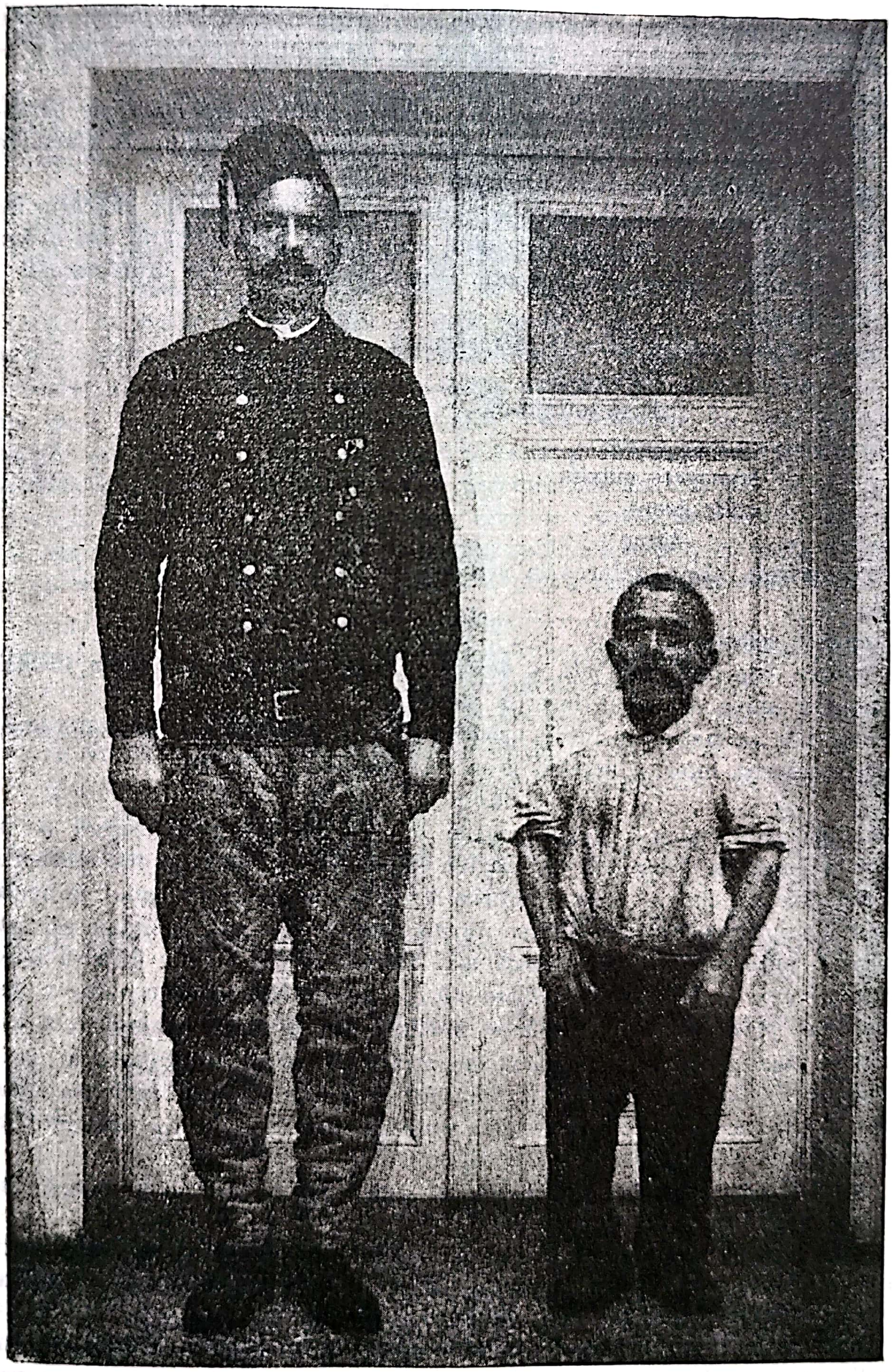


Fig. 4.

Antecedente colaterale. Părinţii lui au avut doi copii: pe bolnavul nostru şi pe o fată, care are dimensiunile normale, care trăeşte măritată şi care are copii de dimensiuni normale.

Examenul fizic. Bolnavul are o talie extrem de redusă, care îndreptăţeşte numirea de Piticul, sub care e cunoscut. El are o aparenţă de sănătate normală. Corpul său e vânjos şi bine legat.

Procedând la examenul său somatic, suntem isbiţi numai decât de următoarele trei caractere: 1) desvoltarea disproporţionată a craniului 2) scurtarea exagerată a membrelor şi 3) lungimea normală a corpului.

1) *Craniul* este mare şi aproape globulos prin proeminenţa ridicăturilor frontale şi parietale. Altminteri craniul este neted, neprezentând nici o scufundare sau vr'o ridicătură aparentă. Dimensiunile sale sunt următoarele:

Circonferinţa	65 cm.
Semicirconferinţa anterioară, biauriculară	31 cm.
„ Transversă	34 cm.
„ Occipitofrontală	36,50.
Diametrul antero poster.	18
„ transvers maxim	15,50.
„ oblic drept	17
„ „ stâng	16
Dela protub. occip externă la urechea dr	12 cm.
„ „ „ „ „ „ st.	12 cm.
Indicele cefalic	0,86

Fruntea este lată, bombată şi destul de înaltă. Ea măsoară 6 cm, în înălţime, dela spina nasală la inserţia părului.

Faţa este asimetrică printr'o uşoară oprire de desvoltare a obrazului stâng

Dela inserţia infer. a urechei drepte la bărbie	11,50
„ „ „ „ „ stângi „ „	12

Arcada sprâncenoasă şi sprânceana din partea stângă e aşezată pe un plan mai inferior decât cea din partea opusă. Nasul e mare şi puţin înfundat la rădăcina sa, cum se vede în figurile 3 şi 4 ce reprezintă bolnavul. In acelaş timp el e puţin deviat spre stânga. Narina dreaptă este mai turtită ea priveşte în jos şi puţin înainte, cea stângă, mai ovalară şi mai mare e dispusă astfel încât priveşte în jos înainte şi spre stânga. Şanţul naso-genian stâng e mai pronunţat decât cel drept. Bolnavul prezintă câteva zbârcituri, cari sunt asimetrice în numărul şi direcţiunea lor. Ochii sunt mari, exoftalmici şi puţin injectaţi. Exoftalmia este mai pronunţată în partea stângă. Tensiunea intraoculară pare aceiaşi de ambele părţi. Pupilele sunt inegale, cea stângă fiind cu mult mai dilatată decât cea dreaptă.

Urechile sunt simetrice. Porţiunea lor superioară e foarte mult îndepărtată de craniu. Lobulul e semiaderent.

Bolta palatină e normală. Limba e curată şi nu prezintă tremurături fibrilare. Vârful său e puţin retractat, dând limbei o aparenţă de bifiditate. Dintre cele două jumătăţi ale vârfului cea stângă e mai scurtă.

In faringe nu găsim nici o asimetrie aparentă. Dentiţiunea e compromisă; ea lipseşte complect la maxilarul superior. La maxilarul inferior au mai rămas numai incisivii, cari sunt neegali, murdari şi mobili.

Sistemul pilos al capului este bine desvoltat. Părul epicraniului este des, bogat și adânc implantat. El formează un vârtej în partea dreaptă a vertexului și două vârtejuri incomplecte pe părțile laterale ale frunții. Sprâncenile și mustățile sunt stufoase. Barba e rasă. Părul e puțin încărunțit.

2) Gâtul e gros și puternic. Circonferința sa la nivelul cartilagiului cricoid = 37 cm. Corpul tiroid e palpabil; el pare mai mare decât în starea normală și lobul stâng pare a întrece în volum pe cel din partea dreaptă N'auzim nici un suflu la nivelul său și nu percepem nici o expansiune pulsatilă.

3) *Toracele* e bine dezvoltat simetric și acoperit cu o musculatură puternică. Claviculele au dimensiuni normale. Clavicula dreaptă prezintă în treimea sa mijlocie o tumefacție ovoidă, netedă, un calus, vestigiul unei fracturi suferită de bolnav. Coastele prezintă o anomalie de direcțiune în porțiunea lor vertebrală: In loc să fie ușor curbate dela extremitatea lor vertebrală la unghiul lor posterior, coastele au o direcțiune liniară. Vertebrele dorso-lombare la rândul lor în loc să determine curburile normale ale coloanei vertebrale, sunt puse just. una peste cealaltă, astfel încât formează un plan absolut rectilin care începe la a VII cervicală și termină la sacrum. La rândul lor masivele scapulare sunt foarte puțin proeminente. Privită deci în general, spinarea bolnavului formează un plan, care se întinde dela umeri până în șale; iar pe laturi dela unghiurile costale posterioare dintr'o parte la cele din partea opusă. Aceasta este spinarea *à plat* a acondroplasicilor.

Circonferința toracică la nivelul mameloanelor = 82 cm.

Sacrul proemină mult înapoi. determinând înselura lombară caracteristică.

4) Circonferința abdomenului la nivelul ombilicului = 73 cm.

Lungimea trunchiului dela a VII cervicală la vârful coccisului = 39 cm.

Lungimea trunchiului dela furculița sternală la pubis = 50 cm.

5) *Membrele superioare* sunt foarte scurte și asimetrice printr'o ușoară oprire de desvoltare a membrului stâng.

dela acromion la vârful mediului	Lungimea membrului sup. drept		= 59,5 cm.
	„ „ „ stâng		= 55,7
dela acromion la epicondil	„ brațului drept		= 19 cm.
	„ „ stâng		= 17 cm.
dela vârful olecranului la aprofisa stiloidă a cubitului	„ antebraț. drept		= 22 cm.
	„ „ stâng		= 21 cm.
dela artic. radio-carpiană la capul celui de al III metacarpian	„ mânei drepte		= 10 cm.
	„ „ stângi		= 9 cm.
dela artic. metacarpo-falangiană la extremitatea degetelor.	„ degetelor drepte	indexul	= 7 cm.
		mediul	= 8,5
		anularul	= 7,5
		ultimul	= 6,7
	„ „ stângi	indexul	= 7,5
		mediul	= 8,4
		anularul	= 8,1
		ultimul	= 7

La 8 cm. dela acromion.	Circonferinţa braţului drept = 26
	„ „ stâng = 25,5
La 10 cm. dela olecran.	„ antebraţului drept = 24
	„ „ stâng = 23,5
Puţin deasupra capului metacarp.	„ mânei drepte = 21,5
	„ „ stângi = 20,5
La mijlocul indexului.	„ celor 4 deg. alip. drepte = 19
	„ „ „ „ „ stângi = 18

Braţele sunt în uşoară abducţiune; antebraţele sunt uşor flexate pe braţe şi în uşoară pronaţiune; degetele au următoarea atitudine: puse în poziţiune, ele se justapun prin baza lor şi rămân foarte puţin îndepărtate la extremităţi, constituind o deformaţiune caracteristică acondroplasiei căreia P. Marie i-a dat numirea de mână „cu trident“ şi care aci e abea skiţată. Considerată în raport cu trunchiul bolnavului vedem că membrele superioare sunt foarte scurte; ele descind numai până la nivelul pubisului.

Din comparaţiunea cifrelor de mai sus putem scoate următoarele trei concluziuni: 1) Membrul superior stâng este în general mai scurt şi mai subţire decât membrul din partea opusă. Braţele ambelor membre sunt mai scurte decât antebraţele. Micromelia acestui bolnav este mai cu seamă rizomelică.

4) Lungimea şi lăţimea mâinilor este aproape egală, dând acestor din urmă forma „pătrată“.

4) In fine degetele variază foarte puţin ca lungime, ele sunt aproape egale.

6) Membrele inferioare ne izbesc prin scurtimea şi forma lor. Şi la aceste membre găsim o asimetrie în dezvoltare însă aci contrariu de cele văzute la membrele superioare, asimetria este produsă prin oprirea în dezvoltare a membrului crural drept.

Dela marele trochanter la sol.	Lungimea membrului inferior drept = 52.
	— — stâng = 54.
Dela marele trochanter la mijlocul rotulei.	— coapsei drepte = 48 cm.
	— — stângi = 50 cm.
Dela mijlocul rotulei la vârful maleolei externe.	Lungimea gambei drepte = 24.
	— — stângi = 25.
Dela călcâiu la extremitatea marelui deget.	Lungimea piciorului drept = 22,5.
	— — stâng = 23,5.

Măsurând grosimea diverselor segmente găsim o asimetrie tot în defavoarea membrului crural drept.

La 18 cm. sub spina iliacă anter. super.	Grosimea coapsei drepte = 48 cm.
	— — stângi = 47 cm.
La 10 cm. dela interlinia genunchiului.	— gambei drepte = 32.
	— — stângi = 31,5.
La mijlocul piciorului.	— piciorului drep = 23.
	— — stâng = 23.

Gambele în special cea stângă sunt puţin curbate înăuntru, fapt ce pare a ţine de modul cum se face articulaţia genuchiului. Notăm aci, că examenul radiografic ne-a arătat participarea capului peroneului la această articulaţie şi îngroşarea extremităţii inferioare a femurului.

Lungimea taliei. Dela profilul creştetului cefalic la sol = 123.

Lungimea trunchiului. Dela furculiţa sternală la marginea superioară a pubisului = 50 cm.

Dela profilul cefalic la ombilic = 62 cm.

Dela ombilic la sol = 61 cm. Precum se vede jumătatea taliei în loc să fie ca în starea normală în vecinătatea regiunei pubiene, cade în vecinătatea ombilicului.

7) *Sensibilitatea obiectivă* a) *generală*. Bolnavul prezintă o uşoară hipoestezie tactilă pe gland şi pe feţele externe ale gambelor. Sensibilitatea dureroasă, termică, le presiune şi articulară este normală. Sensibilitatea vibratorie este în mod evident hipoesteziată la nivelul înselurei lombare, unde bolnavul abià simte vibraţiunile intense. In acest loc activitatea receptorie este aşà de limitată, încât după câtevà secunde cele mai puternice vibraţii nu mai sunt percepute.

b) *Sensorială* este normală, afară de o diminuare a acuităţei vizuale care ţine de un început de cataractă.

8) *Sensibilitatea subiectivă*. Bolnavul se plânge de dureri de şale, limitate la nivelul unghiului lombosacrat, de dureri în ochi, şi de dificultate in micţiune, care are toate atributele micţiunei bolnavilor cu stricturi uretrale.

9) *Reflexele*, pupilare, conservate
faringian, normal.
tendinoase brachiale, abolite.
abdominale, abolite.
cremasteriane, normale.
rotulianul drept, exagerat
— stâng, normal. Aceste reflexe nu s'au putut pune în evidenţă decât prin manopera lui Iendrassek.
Achiliane, abolite.

Bolnavul are semnul lui Babinski, foarte evident în partea dreaptă, unde la cea mai uşoară atingere a tălpii se produce extensiunea complectă a marelui deget, cu îndepărtarea şi uşoara extensiune a celorlalte degete. In stânga degetele rămân imobile. In ori ce caz nici aci reflexul nu-i normal, căci nici odată degetele nu se flexează spre talpă.

Nu s'a putut provocà trepidaţia epileptoidă.

10) *Motilitatea*. a) *Mişcările active* sunt normale exceptând adducţia braţelor, extensiunea antebraţelor şi supinaţiunea lor cari sunt incomplecte.

Dacă spunem bolnavului să se ridice din decubitul dorsal în cel fesier, el nu poate executà această mişcare decât dacă se sprijină cu membrele superioare.

b) *Mişcările pasive* sunt normale cu aceleaşi restricţiuni ca mai sus.

c) *Rezistenţa musculară* este foarte mare atât la muşchii flexori cât şi la extensori.

Contracţiunea ideo-musculară e exagerată. Intr'un prim examen—bolnavul erà sub influenţa alcoolului — am văzut în urma contracţiunei fasciculare foarte vie ce succedà percuţiunei muşchiului, o tremurătură a aceluiaş fascicul ce durà câtevà secunde. Acest din urmă fenomen lipseà din contră când am reexaminat bolnavul din acest punct de vedere după o săptămână.

Excitabilitatea galvanică şi faradică a nervilor şi muşchilor nu ni s'a părut exagerată dar am găsit în mod foarte evident 'inversiunea polară. Pentru un curent galvanic de intensitate egală contracţiunile erau mult mai evidente, în momentul închiderii curentului, la polul pozitiv decât la cel negativ într'un prim examen. Intr'un al doilea examen practicat după mai multe săptămâni şi acest fenomen lipseà şi contracţiunile electrice se executau în mod normal. N'am găsit nimic însemnat din partea viscerelor. Organele genitale sunt bine desvoltate. Sistemul pilos în general bine desvoltat. Musculatura foarte desvoltată dând bolnavului o aparenţă atletică. Forţa musculară nu desminte de altfel această aparenţă.

Pulsul 134 pe minut. Respiraţia 22.

Examenul psihic. Sensaţiunile bolnavului sunt normale. Percepţiunea lor este exactă. Atenţiunea i se atrage uşor dar nu i se poate fixà pentru o mare durată de timp. Asociaţiunile de idei sunt bune. Procesele logice par marcate şi dau aparenţa, că bolnavul se bucură de o inteligenţă comună. Memoria sa de evocare este foarte ageră; cea de fixare din contră este extrem de redusă pentru anumite cunoştinţe. Astfel nu-i capabil să repete după câtevà minute de pauză numerile dela 15 la 20, pe care i le repetasem de câtevà ori mai înainte. Calculul aritmetic este foarte insuficient. Bolnavul nu poate număra decât dela 1 la 15 unităţi. Nu ştie nici un element din tabla îmmulţirei. El nu poate calculà decât cu foarte mare greutate şi în mod necomplect monedele care i se prezintă. Sentimentele sale afective şi cele estetice sunt conservate. El e iritabil, emotiv, plânge uşor. Se crede deştept şi spune că nenorocirea sa ţine din cauza lipsei de cultură. E superstiţios şi crede mult în mituri şi în legendele biblice. Din această cauză el refuză de mai multe ori să primească a fi fotografiat, căci crede că în chipul acesta noi voim să-l omorâm luându-i umbra. Aceiaşi frică de intenţiunile noastre l'a făcut să nu ne deà adresa precisă pe care am fost nevoiţi să o căutăm cu concursul autorităţilor administrative. Actele sale sunt normale. El lucrează cismăria, cârpăcind ghetele vechi şi precum ne-am putut convinge, se achită în mod suficient de meseria sa.

O notă caracteristică a psihicului său e tendinţa la ironii şi zeflemele.

Abuzează de alcoolice şi după declaraţiunile sale, cantităţi mici de alcool îi produc efecte foarte marcate.

Bolnavul acesta e un achondroplaz caracteristic. precum reese din simptomele sale principale: volumul mare al capului, lungimea normală a trunchiului, înselura lombară, scurtimea membrelor cu micromelie rizomelică foarte evidentă la membrele superioare. Mâna însă nu prezintă decât o tendinţă la forma zisă *en trident.*

Ca fenomene particulare notăm exoftalmia, mai cu seamă de partea stângă unde există şi o dilataţiune pupilară, la cari adăugând tahicardia avem un total de simptome ce trebue să ne facă să ne gândim la o iritaţiune a simpaticului cervical, în special a celui stâng. Alte simptome ca semnul lui Babinski, foarte net în dreapta, exagerarea reflexului rotulian de aceeaşi parte, deviaţiunea nasului spre stânga, ştergerea trăsurilor feţei de partea dreaptă, inegala desvoltare a membrelor, uşoarele turburări de sensibilitate ne fac să ne gândim la o alteraţiune anatomică sau cel puţin funcţională a sistemului nervos central. Vom mai reţine în fine exagerarea contracţiunei ideomusculare.

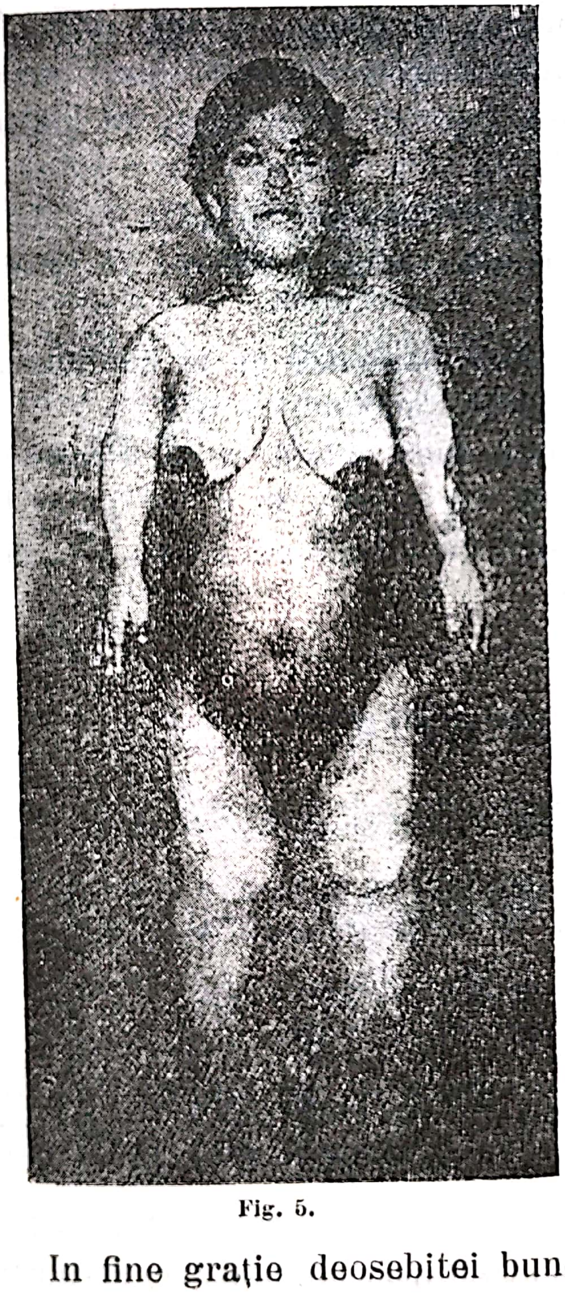


Fig. 5.

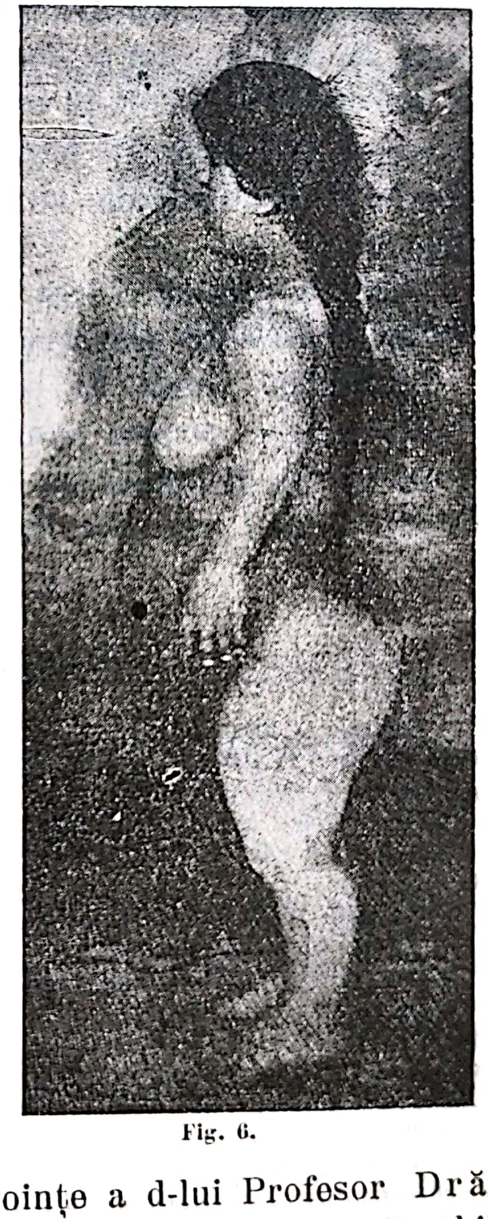


Fig. 6.

In fine graţie deosebitei bune voinţe a d-lui Profesor Drăghescu, putem reproduce acì fotografiile unui caz remarcabil de achondroplasie observat de d-sa la o femee în vârstă de 19 ani, primipară intrată la Maternitatea unde i s'a făcut operaţiunea cesariană şi isterectomia abdominală totală. Vom remarcà la această bolnavă volumul mare al capului, nasul care e înfundat la rădăcina sa, ceea ce se vede foarte bine în fotografia ce reprezintă bolnava văzută din faţă, (fig. 5) lungimea normală a trunchiului înselura bombară, în fine scurtimea însemnată a membrelor inferioare care produce nanismul, căci talia bolnavei nu măsoară decât 1 metru şi 20 cm. Membrele superioare sunt şi ele scurte. Extremitatea lor digitală abià ajunge la partea superioară a cutei inguinale. Braţele sunt mai scurte decât antebraţele. In fine un fapt important de notat e forma aproape pătrată a mânei, cu ultimile patru degete aproape egale apropiate la rădăcina lor şi depărtate, indexul şi anularul de mediu la extremitatea lor. E un exemplu tipic de ceea ce Pierre Marie a numit *„la main en trident“*. Deformaţiunea aceasta e foarte aparentă în fotografia ce reprezintă bolnava văzută de profil. (fig. 6).

După operaţiune a eşit din spital vindecată şi cu copilul sănătos. Acesta nu prezinta caracterele achondroplasiei.

Terminând ţinem să mulţumim încă odată d-lui Profesor Drăghescu, pentru bună-voinţa ce a avut de a ne pune la dispoziţiune documentele din serviciul d-sale ce ne-au fost necesare pentru prezenta lucrare.

BIBLIOGRAFIE

(1) **Brissaud et Meige**. Gigantisme et acromégalie. *Journ. de médecine et chirurgie pra-tique*, 25 Janvier 1895 et Deux cas de gigantisme suivie d'acromégalie. *Nouvelle icono-graphie de la Salpêtrière,* No. 6, 1897.

(2) **Henry Meige**. Sur le gigantisme, *Archives générales de médecine*, Octobre 1902.

(3) **Launois et Roy**. Etudes biologiques sur les géants, 462 pages. Masson et Cie Edi-teurs, 1904.

(4) **Wirchow**. Gesammelte Absamlungen f. *Wissenschaft Medicin*, 1856.

(5) **Müller**. Ueber fœtale Rachitis. *Würtzb. med. Zeit*. B. I. 1860.

(6) **Winkler**. Ein fall von Rachitis mit Mikromelie, *Arch. f. Gynecol*. 1871, p. 102.

(7) **Depaul**. Sur une maladie spéciale du système osseux dévellopée pendant la vie
intra-uterine et qui est généralement décrite à tort selon moi, sous le nom de rachi-
tisme, *Acad. de méd*. 1851, *Arch. de tocol*, 1877, p. 640, Syphilis héréditaire et rachitique
Arch. de physiologie 1876.

(8) **Parrot**. Achondroplasie. *Arch. de physiol*. 1876. Syphilis héréditaire et rachitisme.
Soc. d'autrop. 1878.

(9) **Porak**. De l'achondroplasie *Nouv. Arch. d'obstetrique et de gynécol*. Paris 1889 et 1890.

(10) **Pierre Marie**. L'achondroplasie dans l'adolescence et l'age adulte. *Présse médicale*
14 Juillet 1900 p. 14.

(11) **Ioachimsthal**. *Deutsche Medizin. Woch*. 1899.

(12) **Caruette**. Les dystrophies du cartilage de conjugaison dans leurs rapports avec la
croissance générale du squelette. *Thèse de Paris*, 1904 chez Rousset.

(13) **Lannois**. Deux cas de nanisme achondroplasique chez le frère et la soeur. *Lyo*
Médical, 10 Juin 1902.

(49) **Gache.** Sur un cas d'acondroplasie. *Argentina medica.* 17 Oct. 1903.

(50) **Hoess.** Teză. Marburg. 1882.

(51) **Ludwig.** Studiu anatomic asupra unui pitic achondroplas. Americ. *Journal of the med. sc.* Mai 1903, pag. 54.

(52) **Jaboulay.** Un cas d'achondroplasie chef l'adulte. *Lyon médical.* p. 231.

(53) **Kaufman.** Chondrodystrophia hyperplastica. *Ziegler's handbuch. path und anat.* t. II, p. 179.

(54) **Klinger.** *Teza.* Fribourg im Brisgau. 1897.

(55) **Laffargue.** *Med. moderne.* 1891.

(56) **Lagarde.** Rachitisme intrautérin. *Thèse de Paris.* 1856.

(57) **Leblanc.** Achondroplasie chez les animaux domestiques. *Lyon médical.* 1902 p. 238—240.

(58) **Cornil** et **Ranvier.** *Achondroplasie in Manuel d'hystologie.* 1901.

(59) **Pauly** et **Teyssier.** Un cas d'achondroplasie chez l'adulte. *Province med.* Lyon 1900.

(60) **Peinan.** *Casopis lekaraceskych.* 13 Iunie 1903 (observația unui bărbat de 55 ani cu examen anatomo patologic).

(61) **F. Rudolf.** *Teza,* Berlin. 1898.

(62) **Schneider.** *Teză.* Berlin. 1892.

(64) **Storp.** Teză, Koeingsberg, 1887.

(65) **Swoboda.** Un caz de nanism chonrodistrofic. *Wiener klinische Woch.* p. 669. 4 Junie 1903.

(66) **Verneau.** Des pygmées nègres. Sociètè obstetricale de France. 27—29 Avril 1905. Analizat în *Revue Neurologique,* No. 18, 1905.

(67) **Villaret** et **Francoz.** Une famille de quatre sujets atteints de dysostose cleïdo-cranienne heréditaire. *Nouvelle iconographie de la Salpêtriere.* No. 3 1905.

(68) **Mauclaire.** Achondroplasie în Traité de Chirurgie par le Dlutu et Delbet. Tome II.

(69) Du **Chailen.** citat de **Moreau** de Tours.

(70) **Moreau** (de Tours) **Fouset** et **Bouffons.** Paris 1888. Chez Baillierè.

(71) **Comby.** *Soc. méd. des hopitaux.* 13 Juin 1902 et 24 Avril 1903.

(72) **H. Mery** et **R. Labbé.** *Soc. méd. des hopitaux.* 13 Juin 1903.

(73) **Galliard** et **Levy.** Micromelie avec malformation symetrique du radius. *Soc. méd des hepitaux.* 18 Nov. 1904.

TUBERCULOZA IN BUCUREȘTI

Cifrele statisticei comunale din ultimii ani, faptele observate în clientela particulară a medicilor, marele număr de cazuri de tuberculoză din spitalele capitalei în ultimii ani, ne arată în mod vădit cum că tuberculoza face din ce în ce victime mai numeroase în București. De cinci ani de zile, Societatea pentru profilaxia Tuberculozei atrage atenția lumei medicale asupra acestui fapt, indică și lupta pentru mijloacele de a combate întinderea boalei, care zi cu zi iea proporțiuni mai mari. De 10 ani, biuroul statistic comunal dă publicității rezultatele lucrărilor sale statistice și prin ziare zilnice atrage atenția statului și marelui public asupra primejdiei, de care e amenințată populațiunea capitalei.

Cu toate acestea activitatea Societăţii pentru profilaxia tuberculozei, ar fi mult mai rodnică, dacă s'ar puteà bazà, pe anchete medicale, întreprinse cu scop de a cunoaşte nu numai mortalitatea, dar şi numărul bolnavilor turberculoşi, aflaţi în ateliere de stat şi particulare, în şcoli, în diferite stabilimente publice, anchete, cari ar puteà stabilì şi proporţiunea între numărul cazurilor de tuberculoză şi felul locuinţei, încăperile în care locuesc bolnavii din mahalalele capitalei.

De altă parte, măsurile de profilaxie, de izolarea bolnavilor, şi de ameliorare a igienei publice, cari singure pot pune stavila mersului progresiv a boalei, cer mijloace financiare, cari lipsesc până acum, nefiind procurate nici de stat, nici de iniţiative particulare.

Cifrele statisticei comunale ne dau numărul morţilor de tuberculoză pe timp de 30 de ani; procentele anuale însă a numărului morţilor de tuberculoză faţă de numărul locuitorilor nu le putem cunoaşte decât pentru ultimii 10 ani, de oarece înaintea acestei date nu s'a făcut nici un recensământ mai conştiincios al populaţiunei capitalei.

Cifrele morţilor de tuberculoză în ultimii 30 de ani sunt următoarele:

Anul	Numărul morţilor de Tuberculoză	Anul	Numărul morţilor de Tuberculoză
1875	845	1890	803
1876	830	1991	803
1877	858	1892	910
1878	848	1893	832
1879	830	1894	865
1880	749	1895	1.096
1881	800	1896	1.100
1882	725	1897	841
1883	905	1898	916
1884	873	1899	990
1885	905	1900	1.039
1886	895	1901	489
1887	893	1902	1.035
1888	1.014	1903	1.108
1889	865	1904	1.231

In anul 1905, avem în *8 luni* numai, dejà *998* decese datorite tuberculozei.

Socotind în ultimii 10 ani, proporţiunea de morţi prin tuberculoză, relativă la numărul locuitorilor Bucureştiului, dedus din recensământul făcut în anul 1899, avem tabloul următor:

Anii	Numărul locuitorilor	Mortalitate prin Tuberculoză Număr absolut	 La 1.000 locuitori
1895	274.157	1.096	3.99
1896	276.274	1.100	3.98
1897	278.474	841	3.02
1898	279.865	916	3.27
1899	282.071	990	3.50
1900	284.277	1.039	3.65
1901	286.105	849	2.96
1902	287.620	1.035	3.58
1903	288.848	1.108	3.82
1904	290.404	1.231	4.23

Pentru a judecà cât de mare este acest procent de 4.23 la 1.000 locuitori sau de 423 morţi de tuberculoză la 100.000 locuitori, alăturăm la tab. III-a, comparativă a mortalităţii prin tuberculoză, în 105 oraşe, pe timpul ultimilor 6 ani. (v. tab. III-a).

Examinând această tabelă constatăm că: Bucureştii în anul 1899 ocupà locul al 9-lea, dela început, după frecuenţa cazurilor de moarte datorită tuberculozei, din 84 oraşe, în anul 1900 este tot al 9-lea din 85 oraşe, în anul 1901 iea locul 14-lea din 93 oraşe, în anul 1902 devine al 8-lea din 93 oraşe, în anul 1903 iea locul al 4-lea din 94 oraşe, iar în anul 1904 e al 3-lea din 100 oraşe.

Aşà dar după statistica comparativă a mortalităţii de tuberculoză, capitala ţării noastre se poate socotì ca unul din oraşele cele mai decimate de tuberculoză. Din aceiaşi tabelă se vede că pe când în ultimii ani mortalitatea datorită tuberculozei din oraşele mari ca Londra, Paris, Berlin, Viena etc. scade, în Bucureşti ea creşte.

Dacă comparăm Bucureştiul cu celelalte oraşe din ţara noastră după datele statistice, cari există pentru anii 1896—1899, frecuenţa tuberculozei ar fi mai mare în alte şase oraşe, avem însă de considerat că recensământul şi serviciul statistic din provincie ar fi foarte defectuos şi deci nu ne putem bazà pe cifre exacte, nici chiar în mod aproximativ.

Dacă considerăm acum locul ocupat de tuberculoză, între celelalte cauze de moarte la Bucureşti, vom aveà tabloul următor, de cifre şi de procente calculate faţă de mortalitatea totală, a mortalităţii infantile până la 15 ani, a mortalităţii de tuberculoză faţă cu mortalitatea totală la persoane mai mari de 15 ani, şi a mortalităţii datorite tuberculozei la copii în vârstă dela 0—15 ani, faţă cu mortalitatea datorită altor cauze: (Tabela IV-a).

MORTALITATE PRIN TUBERCULOZA PULMONARĂ. (1).

ORAŞE	Numărul locuitorilor	MORTALITATE PRIN TUBERCULOZĂ						
		Număr absolut a. 1904	la 1000 locuitori					
			1904	1903	1902	1901	1900	1899
Londra	4.648.950	7.738	1.66	1.59	1.63	1.70	1.71	1.87
New-York	3.838.024	8.512	2.21	2.14	2.08	2.30	2.36	2.25
Paris	2.660.559	10.210	3.84	3.90	3.94	4.00	4.28	4.99
Berlin	1.972.045	4.092	2.07	1.93	2.04	2.13	2.33	2.19
Viena	1.797 992	5.653	3.14	3.33	3.44	3.53	3.78	3.79
Tokio	1.440.121	(a. 1902) 4.238	—	—	—	—	2.95	2.94
St. Petersburg	1.372.600	4.941	3.60	—	3.26	3.19	3.32	3.36
Moscova	1.092.360	3.138	2.87	2.80	2.64	2.79	3.17	3.25
Buenos Ayres	896.961	1.761	1.96	1.91	2.00	2.00	1.73	1.49
Rio de Janeiro	850.000	2.587	3.04	—	—	—	—	—
Osaka	821.335	—	—	—	—	—	2.96	2.74
Budapest	813.399	2.923	3.59	3.46	3.38	3.41	3.96	3.63
Glasgow	898.357	1.363	1.70	1.67	1.71	1.85	1.97	1.96
Warşovia	769.639	1.697	2.20	2.51	2.17	2.21	2.71	2.48
Bruxelles	586.936	883	1.50	1.46	1.80	1.60	1.80	1.94
Neapole	568.166	371	1.70	1.63	1.77	2.09	2.08	1.93
Amsterdam	548.974	785	1.43	1.38	1.42	1.51	1.84	1.68
Madrid	544.983	1 555	2.85	2.56	2.48	2.42	2.42	—
Münich	524 000	1.350	2.57	2.54	2.72	2.73	3.24	2.99
Milan	521.998	1.223	2 34	2.34	2.10	2.20	2.14	1.89
Roma	501.520	885	1.76	1.72	1.76	1.73	1.77	1.70
Dresda	497.500	1.034	2.07	2.16	2.28	2.33	2.39	1 26
Leipzig (Lipsca)	496.370	977	1.96	2.00	1.99	2.04	2.33	2.55
Odessa	492.000	1.290	2.62	2.65	2.36	2.39	2.55	2.47
San Francisco	475.000	945	1.98	—	2.58	2.61	—	—
Lyon	459.000	1.577	3.43	3.72	3.70	3 46	3.20	3.05
Breslau	451 740	1.412	3.12	3.04	3.10	3.35	3.40	3.09
Praga	426.893	1.129	2.65	3.11	3.15	—	—	—
Kopenhaga	423.000	637	1.50	—	—	1.53	1.82	—
Colonia	413.100	812	1.96	1.94	2.01	2.07	2.40	2.18

---

(1) Prelucrată după tabela XIX din Communications statistique publiées par le Bureau municipal de statistiques d'Amsterdam 1904.

ORAŞE	Numărul locuitorilor	MORTALITATEA DE TUBERCULOZĂ						
		Numărul absolut a. 1904	La 1.000 locuitori					
			1904	1903	1902	1901	1900	1899
Dublin	378.994	1.125	2 96	3.07	3.16	3.23	3.39	3.69
Rotterdam	363.932	444	1.22	1.29	1.35	1.49	1.67	1.58
Belfast	358.680	1.120	3.12	1.87	3.15	3.11	3.10	3.17
Turin	354.056	610	1.72	2.34	2.12	2.14	2.38	2.62
Kioto	353.139	—	—	—	—	—	3.40	—
Edimburg	331.977	446	1.34	1.51	1.64	1.82	1.93	1.87
Palermo	321.901	534	1.65	1.17	1.57	1.64	1.68	—
Frankfurt pe Main	316.000	718	2.27	2.25	2.16	2.22	2.77	2.52
Stockholm	309.496	695	2.24	2.14	2.33	2.47	2.46	-
Washington	300.902	826	2 75	2.63	2.29	2.89	—	—
Anvers	298.158	395	1.32	1.29	1.47	1.46	1.70	1.69
Bucureşti	**290.404**	**1.231**	**4 23**	**3.82**	**3.59**	**2.96**	**3.65**	**3.50**
Nürnberg	279.000	740	2.68	2.78	2.37	2.68	2.96	3.63
Havana	273.000	1.071	3.92	—	—	—	—	—
Bordeaux	257.571	639	2.48	2.52	2.78	2.72	2.07	2.38
Düsseldorf	239.200	349	1.45	1.39	1.41	1.58	2.04	1 97
Genua	237.661	648	2.72	2.72	2.60	3.61	3.93	2.06
Magdeburg	235.378	350	1.48	1.87	1.42	1.35	1.58	1.90
Granenhäge	232.150	312	1.34	1.27	1.23	1.27	1.73	1.56
Chemnitz	229.700	398	1.73	1.67	1.71	1.84	2.15	2.07
Kristiania	223.511	486	2.37	2.09	2.04	2.23	2.77	2.09
Florența	218.816	573	2.61	2.18	2,34	–	2.54	2.50
Charlottemburg	218.524	249	1.13	1.28	1.43	1.11	1.22	1.62
Stuttgart	196.212	327	1.06	1.63	1.56	1.93	1.89	1.77
Königsberg	195.834	378	1.93	1.63	1.56	1.93	1.89	1.77
Essen	192.721	334	1.73	1.88	—	1.85	2.14	2.16
Trieste	189.328	770	4.06	3 91	3.84	4 03	4.24	4.05
Altona	173.865	281	1.61	1.56	1.66	1.88	2.00	3.07
Liège	167.024	234	1.40	1.38	1.52	1.43	1.44	1.46
Aberdeen	164.124	204	1.24	1.48	1.44	1.40	1.82	1 72
Dundee	163.535	311	1.90	1.69	1.64	1.71	2.02	1.90
Gand	162.925	228	1.39	1.56	1.48	1.58	1.50	1.72
Elberfeld	162.800	291	1.78	2 04	1.87	1.85	1.82	2.10
Strassburg	162.101	370	2.28	2.11	2.21	2.47	2.33	2.14
Zürich	161.040	325	2.01	2 00	1.94	2.23	2 68	2.08
Mannheim	153 845	332	2.15	2.27	2 49	2.52	2.62	2.47
Venezia	151.127	—	—	1 91	1.89	1.93	1.88	1.93
Bolonia	149.413	—	—	1.75	1.48	1.63	1.74	1.61
St. Etienne	146.671	400	2.72	2.80	2.90	2.77	2.70	2 83
Kiel	146.600	160	1.09	2.10	1.20	1.82	1.80	1.35
Köteborg	135.305	349	2.57	2 62	2.63	—	—	—
Nantes	132.990	—	—	—	3.59	3.81	5.00	3.20
Le Havre	130.196	593	4 55	4.90	4.38	5.00	4.95	5.49
Rosaria de Santa Fé	128.078	294	2.29	2.63	2.55	2.40	—	—
Nissa	127 027	334	2 62	3.12	2.66	2.22	2.57	2.39
Schöneberg	126.076	112	0 88	1.01	—	—	—	—
Roubaix	124.600	352	2.82	2.50	2.48	2.37	3 10	2.45
Athena	122.053	467	3.82	3.58	3.82	3.30	3.19	3 21
Basel	120.897	232	1 91	2.01	1.86	2.07	2 59	2.18
Rouen	116.316	494	4.24	4.51	4.04	4.84	4.60	4.69
Utrecht	111.722	120	1.07	1.09	1.05	1.36	1.63	1.47

ORAŞE	Numărul locuitorilor	MORTALITATE DE TUBERCULOZĂ						
		Numărul absolut a. 1904	La 1.000 locuitori					
			1904	1903	1902	1901	1900	1899
Geneva	110.954	348	3.13	3.16	3.39	2.02	3.16	2.92
Reims	108.385	313	2.88	2.88	3.09	2.92	2.81	2.85
Nancy	106.507	262	2.46	2.11	2.56	2.77	2.92	2.99
Cartagena	103.373	213	2.06	2.26	2.13	2.50	—	—
Plauen in V.	99.598	148	1.48	1.58	1.44	1.58	2.03	1.69
Krakovia	97.842	588	6.09	—	—	—	—	—
Lübech	90.058	108	1.19	1.19	1.24	1.43	1.56	1.31
Mainz	89.900	240	2.67	2.39	2.67	2.82	3.01	2.38
Padua	86.163	146	1.69	1.58	1.39	1.81	—	1.44
Bilbao	83.213	297	3.56	3 19	3.08	3.61	—	—
Görlitz	82.580	182	2.20	2.12	1.68	2.14	—	—
Darmstadt	78.600	132	1.67	2.01	1 93	1.52	1.78	1.88
Dijon	71.328	162	2 27	2.53	2.46	—	—	—
Gramingen	71.050	106	1.49	1.57	1.69	1.51	2.08	1.83
Berna	68.958	206	2.98	3.26	2.85	3.14	2 92	2.57
San Luis Polosi	68.790	182	2.64	1.96	2.60	2.29	1.48	1 43
Haarlem	68.387	106	1 55	1.27	1.43	1.47	2.04	1.77
Ravenna	65.802	60	0.91	1 06	0.94	1 17	1.38	0.84
Tucuman	65 599	159	2.42	—	—	—	—	—
Modena	65.379	101	1.54	1.64	2.04	1.59	2.13	1.62
Marsala	60.616	59	0 97	—	—	—	—	—
Arnheim	60.144	71	1.18	1.33	1.31	1.36	1.47	1.56
Leiden	55.757	78	1.39	1.32	1.58	1.62	1.87	2.08
Besançon	55 266	108	3 25	3.00	3.63	2 55	3.05	2.46

Mortalitatea dela 1895—1905.

ANUL	Mortalitatea totală	MORTALITATEA COPIILOR dela 0·15 ANI		MORTALITATE PRIN TUBERCULOZA			
		Număr absolut	La 100 morţi faţă cu mortalitatea totală	Număr absolut	A copiilor dela 0—15 ani	La 100 morţi mai mari de 15 ani	La 100 morţi copii dela 0—15 ani
1895	6.053	2.876	47.61	1.096	242	26 88	8.44
1896	6.665	3.115	46.95	1.100	212	25.06	6.82
1897	6.747	2.961	43.28	841	164	17.97	5.54
1898	7.071	3 682	51.81	916	187	21.46	5.22
1899	7.507	3.879	51.81	990	199	21.88	5.13
1900	6.513	2.957	45.45	1.039	209	23 46	7.07
1901	6.766	3.147	46.55	849	224	17.27	7.54
1902	6.576	2 937	44.66	1.035	217	23.11	7.35
1903	6.526	2.958	45.32	1.108	230	24.60	7.80
1904	6.611	2.812	42.53	1.231	268	25.38	9.54
1905	pentru 8 iuni 5.065	2 084	41.15	998	213	26.31	10.2

Aşà dar la 100 persoane, care mor, 42—51 sunt copii în vârstă dela 0—15 ani, din aceştia din urmă numai 5—10 la °/₀ mor tuberculoşi, dar la 100 morţi, mai mari de 15 ani 17—26 la °/₀ au murit de tuberculoză. Aşa dar procentul morţilor de tuberculoză este mult mai mare, trecând vârsta de 15 ani.

Relativ la mortalitatea copiilor, avem însă de observat, că din totalul anual al morţilor de ori ce vârstă, procentul de 24,5—29 la 100, îl dau copii morţi în primul an al vieţei; ori la aceştia cazurile de tuberculoză diagnosticată dau procentul foarte mic de 2--3 la °/₀. Dela vârsta de un an până la cinci ani, însă decesele cuprinse sub rubrica de tuberculoză devin mult mai frecuente şi dau procentul de 6—13 la 100 morţi de această vârstă. Sunt de părere că pentru cei morţi în primul an al vieţei, multe cazuri de tuberculoză, trec în rubrica celor morţi de *debilitate congenitală* sau de *broncho-pneumonii;* dela 1—5 ani, mortalitatea se datoreşte după cifre statistice, în majoritatea cazurilor boalelor infecţioase acute şi broncho-pneumonielor. Deci şi în aceste cazuri, de multe ori copiii sucombă în urmă tuberculizării cu mers repede, în decursul unei boale infecţioase acute sau de broncho-pneumonie de natură tuberculoasă.

Este de observat că procentul copiilor morţi de tuberculoză în ultimii zece ani, a fost mai mic, tocmai în anii 1898 şi 1899 când mortalitatea totală a copiilor a fost mai mare datorită fiind epidemielor de scarlatină, difterie şi rugeolă.

Din studiul tabelelor statistice, şi din fapte ce le observăm zilnic, ajungem la concluzia că 1) întinderea tuberculozei este foarte mare în Bucureşti, 2) că mortalitatea datorită tuberculozei se măreşte din an în an, 3) că din ce în ce mai mulţi copii mor de tuberculoză.

In faţa acestor fapte, suntem datori a cercetà, cari sunt cauzele tuberculizării aşà de întinse a populaţiunii din capitală, cari sunt condiţiunile în urma cărora progresiunea boalei a luat un avânt aşà de mare în ultimii ani, căci numai, cunoscând bine pe acestea, vom puteà pune o stavilă contagiunii.

Ştim, că condiţiunile esenţiale pentru propagarea tuberculozei în populaţiunea unui oraş, sunt pe lângă infecţiunea datorită prezenţei bacilului lui Koch, micşorarea rezistenţei organismelor faţă de acţiunea bacililor specifici. Slăbirea organismelor, ce se produce în urma condiţiunilor rele de trai, în populaţiunea nevoiaşă şi muncitoare, este cauza principală a procentului mare de tuberculoşi, ce-l dă această populaţiune.

Pentru oraşul Bucureşti, numai anchete medicale, întreprinse într'un mod serios, ne vor dovedi, cari sunt condiţiunile speciale ce fac ca populaţiunea oraşului nostru să fie decimată prin tuberculoză.

D. dr. Proca, în lucrarea lui „Cercetări asupra focarelor de tuberculoză din Bucureşti" arată existenţa unor adevărate focare de boale în capitală; prin cercetările lui statistice asupra localizării tuberculozei în Bucureşti, dintre condiţiunile, care favorizează întinderea tuberculozei, acţiunea hotărîtoare o atribue *stărei locuinţelor din punct de vedere igienic.* După studiul locuinţelor decedaţilor din cursul anilor 1899—1901, arată că în oraşul nostru există numeroase locuinţe, cari constituesc *focare permanente* de propagare a boalei.

Pentru a ne da seamă, de cauzele întinderii tuberculozei, trebue să le căutăm în starea prea puţin igienică a locuinţelor populaţiunii nevoiaşe, în starea atelierelor mari şi mici, în profesiunile condiţiunile de viaţă, în care intră şi regimul alimentar, în şcoli. Dacă examinăm hărţile grafice, a localizării cazurilor de moarte prin tuberculoză, lucrate de serviciul statistic comunal pentru anii 1899, 1900 şi 1901, vedem în adevăr o îngrămădire a acestor cazuri pe anumite străzi, ceea ce ne-ar arătă că în acele străzi trebue să existe condiţiuni speciale, cari să explice frecuenţa tuberculozei în acele părţi. După aceste hărţi se vede existenţa unor anume locuri mai infectate din capitală, existenţa *focarelor* de tuberculoză, în case vecine, pe străzile dela periferia oraşelor, unde starea igienică, nu numai a caselor propriu zis, dar şi al curţilor, a străzilor necanalizate şi nepavate, şi pline de depozite de murdărie, lasă mult de dorit.

Iată tipul unei asemenea locuinţe, de exemplu în strada Ghica-Vodă: o casă compusă din două camere, ce dau una în alta, prima camerà de 1,50m. lungine pe 1,80m. lăţime, a doua de 2 pe 3 metri. Ferestrele de vre'o 30 cm. deasupra nivelului solului, pereţii umezi. Intrând în prima odae, mobilată, cu pat de scânduri, o laviţă de lemn şi o maşină de bucătărie, găsim toată familia, îngrămădită în această odăiţă, unde e mai cald, un bărbat în vârstă de vre-o 36 ani, muncitor, atins de *tuberculoză pulmonară*: caverne în ambii pulmoni, febră continuă, stare de cachexie. Patru până la şase copii, în vârstă de 2—10 ani stau în totdeauna îngrămădiţi în aceiaşi odaie; o femee în vârstă de vre-o 30 de ani, spălătoreasă sau cusătoreasă, pleacă de acasă după lucru şi lasă în casă copii, să îngrijască de tatăl lor tuberculos. Bărbatul sucombă, după vre-o 6 luni de boală petrecută în casă, soţia sa, surmenată de muncă, se constată a fi tuberculizată. Copilul cel mai mic are gome tuberculoase, spina ventosa, ganglionii cazeoşi. Ceilalţi copii scrofuloşi, sufer de bronchite, otorhee, de multe ori purtători unei tuberculoze latente, ecloziunea, care se va face în momentul priincios.

Ori ce medic comunal, are în practica lui cunoştinţă de sute de asemenea cazuri, văzute în locuinţele mahalalelor noastre. Dar afară de aceste contagiuni conjugale, şi familiare în urma cărora vedem stingându-se familii întregi de muncitori, sunt contagiunile chiriaşilor, care se succed în aceiaşi locuinţă infectată; desinfecţia se face prin etuvă numai după moartea vre-unui bolnav de tuberculoză nu şi după mutarea lui şi în deobşte se face într'un mod incomplect. Hainele de care s'a servit bolnavul, după moartea lui, mai în totdeauna se împart de pomană la vecini, fără să fi fost trecute prin etuvă. Sunt multe case în străzile mahalalelor în cari s'au succedat cazurile de moarte prin tuberculoză, în familii deosebite de chiriaşi, care s'au mutat în aceste case. Nu poate fi aci simplă coincidenţă. Contagiunea se poate face şi prin vecinătate, sunt adese odăi ocupate de câte o familie fiecare, care se deschid pe aceeiaşi sală, şi vecinii se află în comunicare continuă între ei. Dar pe lângă prezenţa întotdeauna posibilă a bacililor, starea neigienică a acestor locuinţe, lipsa de lumină, lipsa de spaţiu, aerul confinat, umiditatea, pardoseala de pământ, împrejurimile pline de gunoae, lipsa de curăţenie cauzată în mare parte de lipsa de apă, toate aceste împrejurări predispun organismul prost hrănit al lucrătorului de a deveni cel mai bun mediu de cultură pentru bacilul Koch. După influenţa indubitabilă a locuinţii neigienice vine aceea a atelierulni, a localului în care, lucrătorul îşi petrece jumătatea timpului; chestiunea influenţei atelierului, se află însă strâns legată de aceea a profesiunilor, a meşteşugului. Cu cât atelierele vor satisface mai puţin regulelor de igienă, cu atât şi proporţiunea lucrătorilor tuberculoşi va fi mai mare. In ţările străine chestiunea locuinţelor eftine şi igienice pentru lucrători preocupă de mulţi ani, pe igienişti, autorităţile statului, asociaţiile profesionale şi filantropice. In multe ţări există o legislaţiune sanitară intinsă în privinţa industriilor şi atelierelor. La noi, această legislaţiune este foarte incomplectă şi acea, care există nu se aplică.

Cu toate acestea, anchetele medicale, făcute în alte ţări, au arătat în mod vădit influenţa stării neigienice a locuinţelor şi a vieţei de atelier asupra mortalităţii generale şi a mortalităţii prin tuberculoză în special.

Körösi din Budapesta, a calculat că durata medie a vieţii stă în raport direct, cu numărul locuitorilor în locuinţe. Anume durata vieţii sale:

de 35 ani 5 luni în locuinţe cu câte 2 locuitori pe cameră
„ 33 ani 2 luni „ „ „ „ 3—5 „ „ „
„ 31 ani 11 luni „ „ „ „ 5—10 „ „ „
„ 30 ani 6 luni „ „ „ „ mai mult de 10 loc. „

La Londra, după ce s'au expropriat o mulţime de case vechi, neigienice şi în locul lor s'au construit locuinţe igienice pentru lucrători, mortalitatea à căzut dela 50 la 17 la 1000. (Cheysson). In special întru cât priveşte mortalitatea prin tuberculoză aceasta a scăzut foarte mult în Anglia, în urma asanării sistematice a oraşelor.

La noi, în locul construcţiunii de case igienice, care ar fi date cu chirie, cu posibilitatea pentru familiile de lucrători, ca plătind o anuitate anuală, să devină după câtva timp proprietari a caselor, s'au găsit proprietari, cari parcelând proprietăţile lor, au vândut în rate loturi de pământ, la persoane nevoiaşe, cu obligaţia că fiecare să-şi facă casă; populaţia de lucrători din mahalalele Bucureştilor a cumpărat aceste loturi în câmpul Teiului, Floreasca, câmpul Porumbaru, şi a zidit cu mijloace restrânse colibe umede şi întunecoase, apoi neputând achită ratele prea mari, au fost goniţi afară din aceste locuinţe şi proprietarii s'au ales cu construcţiuni făcute, şi foarte neigienice, pe care apoi le-au închiriat şi destul de scump relativ.

Ar fi de dorit să avem rezultatele unor anchete medicale, nu numai în privinţa frecuenţii cazurilor de tuberculoză, în casele neigienice, în casele din mahalalile capitalei, dar şi rezultatele unor inspecţiuni medicale întreprinse în toate atelierele, atât de mulţi ani, pe igienişti, autorităţile statului, asociaţiile profesionale şi filantropice. In multe ţări există o legislaţiune sanitară intinsă în privinţa industriilor şi atelierelor. La noi, această legislaţiune este foarte incomplectă şi acea, care există nu se aplică.

Cu toate acestea, anchetele medicale, făcute în alte ţări, au arătat în mod vădit influenţa stării neigienice a locuinţelor şi a vieţei de atelier asupra mortalităţii generale şi a mortalităţii prin tuberculoză în special.

Körösi din Budapesta, a calculat că durata medie a vieţii stă în raport direct, cu numărul locuitorilor în locuinţe. Anume durata vieţii sale:

de 35 ani 5 luni în locuinţe cu câte 2 locuitori pe cameră
„ 33 ani 2 luni „ „ „ „ 3—5 „ „ „
„ 31 ani 11 luni „ „ „ „ 5—10 „ „ „
„ 30 ani 6 luni „ „ „ „ mai mult de 10 loc. „

La Londra, după ce s'au expropriat o mulţime de case vechi, neigienice şi în locul lor s'au construit locuinţe igienice pentru lucrători, mortalitatea a căzut dela 50 la 17 la 1000. (Cheysson). In special întru cât priveşte mortalitatea prin tuberculoză aceasta a scăzut foarte mult în Anglia, în urma asanării sistematice a oraşelor.

La noi, în locul construcţiunii de case igienice, care ar fi date cu chirie, cu posibilitatea pentru familiile de lucrători, ca plătind o anuitate anuală, să devină după câtva timp proprietari a caselor, s'au găsit proprietari, cari parcelând proprietăţile lor, au vândut în rate loturi de pământ, la persoane nevoiaşe, cu obligaţia că fiecare să-şi facă casă; populaţia de lucrători din mahalalele Bucureştilor a cumpărat aceste loturi în câmpul Teiului, Floreasca, câmpul Porumbaru, şi a zidit cu mijloace restrânse colibe umede şi întunecoase, apoi neputând achită ratele prea mari, au fost goniţi afară din aceste locuinţe şi proprietarii s'au ales cu construcţiuni făcute, şi foarte neigienice, pe care apoi le-au închiriat şi destul de scump relativ.

Ar fi de dorit să avem rezultatele unor anchete medicale, nu numai în privinţa frecuenţii cazurilor de tuberculoză, în casele neigienice, în casele din mahalalile capitalei, dar şi rezultatele unor inspecţiuni medicale întreprinse în toate atelierele, atât în cele de stat, cât şi în cele mici particulare, după diferite categorii de profesiuni.

Din practica mea personală, cunosc câtevà ateliere de croitorie, în care s'au succedat într'un timp relativ scurt de 6 ani, mai multe cazuri de tuberculoză, n'avem însă nici o legislaţie specială pentru aceste cazuri şi nu putem pretinde eliminarea lucrătorului sau lucrătoarei tuberculoase din atelier, precum nu putem pretinde nici închiderea unei cârciume, când cârciumarul are o tuberculoză deschisă. Caz ce mi s'a întâmplat de aseminea în practica comunală. Asistenţa medicală comunală însă, dacă ar fi altfel organizată, ar puteà întreprinde o anchetă amănunţită şi apoi lăsându-se pe o statistică exactă a bolnavilor tuberculoşi din ateliere şi stabilimente publice, ar puteà organizà o profilaxie mai sistematică decât se face până acum.

Sunt mai mult de 30 de ani, de când igieniştii au arătat frecuenţa tuberculozei pulmonare în unele industrii. Hirt (Krankheiten der Arbeiten 1871) arată că tuberculoza pulmonară care dă 11.1% din maladii interne în profesiunile cari nu expun la inhalaţii de prafuri inorganice sau orgánice, este de 225% la lucrătorii industriilor, ce expun la praf.

Impărţind aceste industrii după categorii, Hirt arată, că procentul de tuberculoză pulmonară, ar fi de 28% la lucrătorii expuşi la prafuri minerale şi metalice (minierii, fochiştii, lăcătuşii de 20% la cei expuşi la prafuri animale (lână, mătase) de 13.3% la cei expuşi la prafuri vegetale. La lucrătorii de piatră şi de ipsos Eulenburg arată numărul de 3.199 morţi prin tuberculoza pulmonară din 3199 morţi. Hirt, 80% morţi de tuberculoză. Intru cât însă felul profesiunii e legat şi de celelalte condiţiuni de viaţă, în raport cu salariile prea mici, Hirt o arată relativ la frecuenţa tuberculozei pulmonare la lucrătorii ţesători.

Ar fi de mare interes să cunoştem procentul de tuberculoză pulmonară la lucrătoarele din fabricele noastre de ţesători.

Industria mătăsurilor dă după Proust, în Franţa un procent mare de tuberculoşi şi în special lucrătoarele cari scot firele (cardenses) sufer de bronchite, de astm şi de tuberculoză pulmonară. La noi în ţară şi în capitala noastră statul este pe cale de a încurajà şi a înfiinţà ateliere tocmai pentru industria mătăsurilor, una din cele mai insalubre, fiind mai ales foarte puţin rentabilă pentru lucrătoare, dar foarte profitabilă pentru comercianţi.

După cifrele statistice a mortalităţii prin tuberculoza pulmonară adunate de d-l Dr. Proca pentru scurtul timp de 3 ani (1899—1901) meseriile cari ar da cel mai mare contingent, ar fi în capitală cizmării, lemnării, croitorii şi ferării. Pe lângă condiţiunile neigenice în care se află lucrătorii şi lucrătoarele din ateliere supra-populate, rău ventilate, puţin luminate, mai intervin şi condiţiunile rele de traiu, alimentaţia insuficientă, în raport direct cu modicitatea salarielor câştigate. Cu cât lucrătorul sau lucrătoarea va primi un salariu mai mic, se va hrăni mai rău, cu cât va lucra un număr de ore mai mare, cu atât va deveni mai apt a contractà şi deci a propagà tuberculoza.

Deci nu înţelegem profilaxia tuberculozei decât mergând mână în mână cu ameliorarea condiţiunilor de traiu a populaţiei nevoiaşe şi măsurile de igienă, putând fi aplicate numai cu buna stare a locuitorilor.

Deşi cifrele statistice de moralitate prin tuberculoză pe care ne bazăm, arată un procent relativ mic, pentru copii în vrâstă de şcoală, cred că din punct de vedere al profilaxiei tuberculozei, au mare însemnătate şi inspecţiunile medicale, în şcolile capitalei şi în special în internatele şcoalelor secundare.

Inspecţiunile medicale în şcolile primare, cum au fost făcute până acum, fără examinare individuală a elevilor sunt absolut iluzorii, întru cât priveşte depistarea cazurilor suspecte de tuberculoză. O examinare individuală a elevilor din şcolile primare şi secundare, ne ar aduce la cunoştinţă frecuenţa tuberculozei la copii de această vrâstă. Şi mai mare însemnătate are o examinare regulată a elevilor din internatele şcoalelor secundare.

Această examinare se face până acum într'un mod prea superficial, apoi adeseaori se tolerează prezenţa copiilor suspecţi de tuberculoză în internate, pe deoparte viaţa de internat şcolar favorizează desvoltarea boalei în organismul elevului bolnav, pe de altă parte adesea transformarea unei tuberculoze incipiente în tuberculoza deschisă, se face neobservată de medic şi devine primejdioasă pentru alţi elevi. Cunosc un internat de stat unde o elevă tuberculoasă a fost lăsată în şcoală, şi într'un timp scurt a urmat tuberculizarea a altor trei eleve.

In nici un caz cred, nu poate fi tolerată prezenţa unui copil, chiar cu o tuberculoză incipientă în internat şcolar, fie de stat, fie particular.

Contrariu, de ce se petrece în Capitala noastră, se observă o scădere a tuberculozei în multe ţări. Cifrele din Viena, Berlin, New-York şi în special din Englitera, unde de 80 de ani există stabilimente speciale pentru tratamentul tuberculoşilor, unde asociaţiile lucrătoare (Trade-Unions) şi instituţiile de răspândirea şi de aplicarea măsurilor de igienă joacă un rol atât de important, ne arată că există posibilitatea a pune o stavilă respândirei acestei boale (Strauss). Statisticele din Anglia ne arată, după Tatham ca:

în anul 1870 la 1000 locuitori erau 2.41 morţi de tuberculoză,
» 1875 „ „ „ 2.20 „ „ „
„ 1880 „ „ „ 1.86 „ „ „
„ 1885 „ „ „ 1.77 „ „ „
„ 1890 „ „ „ 1.67 „ „ „
„ 1895 „ „ „ 1.39 „ „ „
„ 1900 „ „ „

La Londra (după Murphy).

In anul 1891 la 1000 locuitori 2.20 morţi de tuberculoză.
„ 1893 „ „ 1.90 „ „
„ 1894 „ „ 1.74 „ „
„ 1805 „ „ 1.82 „ „
„ 1896 „ „ 1.73 „ „

Dela anul 1899—1904, această medie scade la 1.59—1.66. Aplicarea măsurilor de profilaxie în capitala noastră pe o scară mai întinsă, izolarea bolnavilor pe cât se va puteà în spitale şi sanatorii, aplicarea măsurilor de igienă generală într'un mod mai riguros, venirea în ajutor populaţiunii nevoiaşe prin construcţiune de locuinţe igienice şi eftine, o supraveghere medicală, mai riguroasă a stabilimentelor industriale, a fabricilor şi a atelierelor, ar aduce dela sine o micşorare cazurilor de tuberculoză şi în Bucureşti. Declaraţiunea obligatorie a bolnavilor de tuberculoză deschisă, care până acum nu există în legile noastre şi se practică în mod benevol pe o scară prea puţin întinsă, ar fi de dorit să fie introdusă cât mai repede, pentru a puteà aplica măsurile de profilaxie.

DR. E. ARBORE.

MEDICINA PRACTICA

Dr. G. Stănculeanu.

CÂT VALOREAZĂ UN OCHIU?

I.

Ne propunem să rezumăm în acest articol numeroasele lucrări recente asupra despăgubirilor ce trebuesc acordate lucrătorilor în cazurile de traumatisme oculare și mai cu seamă pentru pierderea unui ochiu.

Accidentele oculare sunt relativ numeroase la lucrători producând adesea o scădere definitivă a vederei sau pierderea ei totală. Vederea fiind scăzută, lucrătorul este atins în capacitatea sa de a puteà lucrà.

In cele mai multe state legile prevăd o îndemnitate, plătită de patron, care să compenseze micșorarea capacității de lucru. Guvernul German a stabilit asigurarea obligatorie a lucrătorilor; ea se face de către patron la stat, care la rândul său despăgubește pe lucrătorul lezat.

In Franța lucrătorul reclamă îndemnitatea patronului și dacă nu e satisfăcut îi intentează proces. In România lucrătorul nu e despăgubit decât dacă se probează o greșeală din partea patronului din cauza căreia a provenit accidentul.

II.

Pierderea unui ochiu produce asupra vederei celuialt: (*Maschke*: Die Augenaerztliche Unfallpraxis).

1) O slabă micșorare a vederii centrale.

2) Imposibilitatea de a corijà defectele unui ochiu prin celalt.

3) O pierdere definitivă a vederii periferice de 1/6-a din câmpul vizual normal în spre ochiul pierdut.

Ca să supleeze pacientul face mişcări cu capul şi cu ochiul. Totuşi lucrătorul e mai puţin prezervat de accidente.

4) Pierderea vederii binoculare care influenţează asupra poziţiunii şi formei exacte a obiectelor. Cu timpul acest defect se poate perfecţionà. Unele meserii ca minele, ingineria, etc., au mai multă nevoe de viziunea binoculară.

5) Trebuinţa de a păzì ochiul sănătos face ca lucrătorul să lucreze mai încet şi-i slăbeşte puterea de concurenţă.

III.

Oftalmologia fiind o ramură medicală din cele mai precise prin metodele ei de investigaţiune, oculiştii au căutat să calculeze exact paguba economică provenită prin pierderea unui ochiu. La început s'a acordat în Germania pentru pierderea unui ochiu 50% din suma cu care se despăgubeşte invaliditatea absolută adică o pensiune de 66 $^2/_3$ din salariul anual.

S'a văzut însă foarte repede că această evaluare erà exagerată. Un lucrător, care a pierdut un ochiu nu e redus la $^1/_2$ din capacitatea sa de lucru. Atunci s'a propus ca să se acorde numai 33 $^1/_3$ în loc de 50%.

Această propunere a lui Zehender a fost repede părăsită în Germania; a fost însă adoptată şi e încă urmată în Franţa. Judecătorul francez Duchanffour a publicat (Annales d'Hygiène publique et de Médecine legale, 6 Octobre 1902) învoelile dintre patroni şi lucrători ce s'au făcut în anul 1901 la secţiunea tribunalului Senei prezidată de el. Se vede din cifrele date de el că mai totdeauna s'a acordat lucrătorului 33$^1/_3$% din suma cu care se despăgubeşte invaliditatea absolută, neţinând de loc seamă de meseria exercitată.

In Germania se ţine seamă pentru despăgubirea accidentelor oculare de meseria exercitată de lucrător; s'au stabilit astfel 2 grupuri de lucrători: lucrători necalificaţi fără cerinţe optice superioare şi lucrători calificaţi cum de ex. giuvaergii, etc.

După multe examinări s'a admis că pentru lucrătorii necalificaţi scara vederii economice se poate întinde dela $^1/_2$-a la $^1/_{20}$-a iar pentru lucrătorii calificaţi dela $^2/_3$-a numai până la $^1/_6$-a din vederea normală.

De mai mulţi ani se despăgubeşte în Germania pierderea unui ochiu numai cu 25% pentru lucrătorii necalificaţi şi 30% pentru cei calificaţi având cerinţe optice superioare. Plecând dela aceste cifre Maschke a stabilit următorul tablou pentru despăgubiri în raport cu diferitele micşorări de vedere ale unui sau ambii ochi la lucrătorii necalificaţi.

Ochiul drept

Ochiul stâng

V	$1-{}^2/_3$	$^1/_2$	$^1/_3$	$^1/_4$	$^1/_5$	$^1/_7$	$^1/_{10}$	$^1/_{15}$	$^1/_{20}$	0
$1-{}^2/_3$	0	0	5	10	10′	15	15	20	20′	25
$^1/_2$	0	5	10	10′	15	20	25	25	30	35
$^1/_3$	5	10	25	25′	30	30′	35	40	45	55
$^1/_4$	10	10′	25′	40	40′	45	50	55	60	65
$^1/_5$	10′	15	30	40	55	60	65	70	75	80
$^1/_7$	15	20	30′	45	60	70	75	80	85	90
$^1/_{10}$	15′	25	35	50	65	75	85	90	95	105
$^1/_{15}$	20	25	40	55	70	80	90	95	100	115
$^1/_{20}$	20′	30	45	60	75	85	95	100	110	125
0	25	35	55	65	80	90	105	115	125	125

Semnul ′ însemnează că se poate luà după circumstanţe pentru aceiaşi vedere cifra care urmează. Pentru lucrătorii calificaţi se adaogă 5% la cifra din tabloul lui Maschke.

Se poate acordà mai mult:

1) Lucrătorilor instruiţi cu cerinţe optice superioare;
2) La deformaţii foarte aparente;
3) La lucrătorii cu corpul slăbit şi vârsta înaintată.
4) La indivizii cari rămân cu sensaţiuni dureroase în ochi.

In aceste cazuri se măreşte renta cu 5—15% (Maschke).

IV.

De curând chestiunea a devenit de actualitate în urma numeroaselor publicaţiuni şi al Congresului de Oftamologie din Lucerna din anul 1904.

Foarte interesante sunt statisticile cari au stabilit situaţia economică a lucrătorilor, cari au pierdut un ochiu.

a) *Statistica minerilor din Halle* a arătat că din 111 lucrători chiori 65 câştigau acelaşi salariu ca înainte de accident iar 42 cu 16% mai puţin.

b) *Statistica profesorului Magnus* (din Breslau) făcută în industria metalurgică a Sileziei a probat că lucrătorii chiori au pierdut 7,2% din salariul anterior. Trebue însă să se remarce că 60% din lucrători au schimbat ocupaţia, din cauza fricei de a pierde al doilea ochiu şi au pierdut astfel până la 25% din salariu.

c) *Statistica d-rului Ammann* (Elveţia) purtând tot asupra industriei metalurgice a găsit că din 100 lucrători chiori: 42 câştigau un salariu superior, 33 un salariu egal şi 25 un salariu inferior cu 4—12% de acel pe care îl aveau înainte de accident. Din toate aceste statistice se vede că lucrătorul care a pierdut un ochiu este atins relativ puţin în capacitatea sa de lucru. Adesea însă el schimbă meseria temându-se ca să piarză al doilea ochiu. In cazul acesta el găseşte cu greu de lucru, patronii temându-se de responsabilitatea materială în caz că lucrătorul ar pierde al doilea ochiu. Astfel capacitatea de concurenţă (Concurrenz-fähigkeit) este mai mult atinsă ridicând dela 7,2% la 25% pierderea economică suferită de un lucrător chior.

La congresul internaţional de oftalmologie din Lucerna 1904 raportorul francez Sulzer a preconizat ca despăgubirea pentru pierderea unui ochiu să fie proporţională cu cerinţele optice ale diferitelor meserii. Raportorul german d-r Axenfeld (Freiburg) a susţinut că trebue despăgubit numai pierderea materială din salariu pe care o suferă lucrătorul, care pierde un ochiu. La caz de va pierde ochiul al doilea să fie despăgubit ca unul ce e atins de invaliditate absolută. Această propunere se poate admite în Germania unde statul despăgubeşte pe lucrători nu însă în celelalte state. Propunerea d-rului Gonin (Lausanne) ne pare că s'ar puteà aplicà pentru celelalte state: lucrătorul chior ar vărsà la o mare societate de asigurare o parte din despăgubirea ce-a primit-o cu ocazia accidentului şi aceasta l'ar garantà materialiceşte în caz de va pierde al doilea ochiu.

Foarte interesante sunt statisticile cari au stabilit situaţia economică a lucrătorilor, cari au pierdut un ochiu.

a) *Statistica minerilor din Halle* a arătat că din 111 lucrători chiori 65 câştigau acelaşi salariu ca înainte de accident iar 42 cu 16% mai puţin.

b) *Statistica profesorului Magnus* (din Breslau) făcută în industria metalurgică a Sileziei a probat că lucrătorii chiori au pierdut 7,2% din salariul anterior. Trebue însă să se remarce că 60% din lucrători au schimbat ocupaţia, din cauza fricei de a pierde al doilea ochiu şi au pierdut astfel până la 25% din salariu.

c) *Statistica d-rului Ammann* (Elveţia) purtând tot asupra industriei metalurgice a găsit că din 100 lucrători chiori: 42 câştigau un salariu superior, 33 un salariu egal şi 25 un salariu inferior cu 4—12% de acel pe care îl aveau înainte de accident. Din toate aceste statistice se vede că lucrătorul care a pierdut un ochiu este atins relativ puţin în capacitatea sa de lucru. Adesea însă el schimbă meseria temându-se ca să piarză al doilea ochiu. In cazul acesta el găseşte cu greu de lucru, patronii temându-se de responsabilitatea materială în caz că lucrătorul ar pierde al doilea ochiu. Astfel capacitatea de concurenţă (Concurrenz-fähigkeit) este mai mult atinsă ridicând dela 7,2% la 25% pierderea economică suferită de un lucrător chior.

La congresul internaţional de oftalmologie din Lucerna 1904 raportorul francez Sulzer a preconizat ca despăgubirea pentru pierderea unui ochiu să fie proporţională cu cerinţele optice ale diferitelor meserii. Raportorul german d-r Axenfeld (Freiburg) a susţinut că trebue despăgubit numai pierderea materială din salariu pe care o suferă lucrătorul, care pierde un ochiu. La caz de va pierde ochiul al doilea să fie despăgubit ca unul ce e atins de invaliditate absolută. Această propunere se poate admite în Germania unde statul despăgubeşte pe lucrători nu însă în celelalte state. Propunerea d-rului Gonin (Lausanne) ne pare că s'ar puteà aplicà pentru celelalte state: lucrătorul chior ar vărsà la o mare societate de asigurare o parte din despăgubirea ce-a primit-o cu ocazia accidentului şi aceasta l'ar garantà materialiceşte în caz de va pierde al doilea ochiu.

CERCETARI ORIGINALE

Dr. J. Cantacuzène.

Recherches sur l'infection expérimentale par les bacilles paratuberculeux (bacille du Timothée). (¹)

(Travail du Laboratoire de Médecine expérimentale de la Faculté de Médecine de Bucarest).

Malgré le bon nombre d'auteurs qui se sont déjà occupés de cette question, un certain nombre de points restent encore discutés, particulièrement en ce qui concerne la réaction de l'organisme vis-à-vis du bacille de la phlèole. Je me suis donc attaché à suivre pas à pas les phénomènes cellulaires qui accompagnent cette infection.

Voici les résultats de mes recherches :

1) Quelques observations d'abord relatives (²) à l'acido-résistance. Dans les cultures jeunes (2—4 jours) on trouve un nombre considérable de bacilles, souvent la moitié, qui après la double coloration par la fuchsine et le bleu de méthylène, se colorent en bleu intense. Leur nombre diminue à mesure que vieillit la culture. Dans des cultures de 15 jours on ne les rencontre qu'exceptionnellement. Beaucoup de bacilles jeunes ne possèdent donc pas l'acido-résistance.

Lorsque l'on inocule, dans le péritoine, des baciles âgés (3 semaines), tous acido-résistants, en faisant précéder l'injection par

---

(¹) Congrès internat. de la tuberculose. Paris, 1905.

(²) C. R. soc. biol. 1905.

l'inoculation intra-péritonéale de quelques gouttes d'acide lactique dilué, l'animal meurt en 20 heures avec une septicémie généralisée à bacilles du Timothée. Les colonies isolées du sang ont, macroscopiquement l'aspect normal; au microscope l'on s'aperçoit qu'elles sont composées, après 4 jours de séjour à l'étuve, *presque exclusivement* par des bacilles colorés en bleu après la doube coloration. Les bacilles acido-résistants y sont exceptionnels. L'acido-résistance aparait a mesure que vieillit la culture et les repiquages successifs sont revenus au bout de la quatrième génération au type primitif. Il faut rapprocher ces faits de ceux signalés par Marmorek pour les cultures jeunes de bacilles tuberculeux.

2) Les formes ramifiées, tout-à-fait identiques à celles de la tuberculose, se recontrent assez souvent dans les abcès péritonéaux âgés de 4—6 semaines.—J'ai rencontré plusieurs fois des formes actinomycotiques vraies, d'une extrême luxuriance de ramification et de crosses, dans des cellules géantes pulmonaires, toujours à l'intérieur des alvéoles, et cela déjà 6 jours après une injection intraveineuses de bacilles.

3) Plusieurs auteurs (Mœller entre autres) ont signalé la difficulté que l'on éprouvait souvent à rotrouver sur les coupes des baciles bien colorés.

Cela tient, je crois, à l'emploi, lors des inclusions, des dissolvants des corps gras (xylol, éther, chloroforme, etc.) Pour parer à cet inconvénient il suffit d'employer comme décolorant de la fuchsine *l'acétone* pure au lieu des acides minéraux ou même du chlorhydrate d'aniline. Le nombre de bacilles qui restent visibiles après ce procédé est infiniment plus grand.

4) Si l'on injecte dans le péritoine $^1/_4$ de culture sur gélose vieille de 2—4 semaines en faisant précéder l'injection par celle de VI gouttes d'acide lactique, l'animal meurt au bout de moins de 24 heures.

A l'autopsie on trouve un exsudat abondant, roussâtre. Pas de dépôts fibrineux, ni de pus sur les viscères.

La rate, le foie, le sang donnent des cultures abondantes de bacilles ayant ce caractère commun d'être presque complètement dépourvus d'acido-résistance au début. Cette propriété apparait par le vieillissement (voir plus haut).

Dans l'exsudat péritonéal, sur l'épiploon, la leucocytose est absolument nulle. Les bacilles fourmillent; plus de la moitié n'ont pas d'acido-résistance. Ce sont les formes jeunes.

Sur des coupes de la rate, on voit des foyers bacillaires assez nombreux. Tous sont enfermés dans l'intérieur des mononucléaires des sinus, jamais dans les microphages. Une bonne moitié a perdu l'acido-résistance. Souvent ils sont légèrement renflés à l'une des extrémités.

On peut provoquer une infection aiguë mortelle en injectant à des cobayes jeunes de fortes doses ($^1/_2$ culture sur gélose) dans le péritoine; 7—8 heures après l'inoculation la température monte de 2 degrés; au bout de 14 heures l'animal s'immobilise, le poil hérissé; il meurt en 24 heures environ.

A l'autopsie on trouve un œdème gélatineux considérable de la paroi abdominale. Dépais dépôts fibrineux sur l'épiploon; un exsudat péritonéal abondant, purulent. La rate très grosse et dure; les lobes inférieurs des deux poumons très hyperhémiés.

On constate une exsudation énorme de leucocytes polynucléaires, *exclusivement*. Pas de mononucléaires. Ces polynucléaires sont tous bourrés, à éclater, de bacilles acido-résistants; le nombre de bacilles libres est infime. Dans la rate, nombreux bacilles enfermés tous dans les polynucléaires.

Lorsque la maladie mortelle se prolonge (5—6 jours), au bout de 48 heures environ, de nombreux mononucléaires apparaissent dans l'exsudat englobant polynucléaires et microbes à la fois; on ne trouve plus à ce moment aucun bacille libre. Il faut donc bien admettre l'existence de quelque substance toxique soluble ayant déterminé la mort. L'animal perd de 100 à 200 grammes dans ce court espace de temps.

5) Lorsque l'on inocule dans le péritoine d'un cobaye une dose non mortelle de bacilles du Timothée (remarquons ici que les cultures vieilles de 2 à 3 semaines occasionnent un maladie beaucoup plus grave que les cultures jeunes de 4—8 jours), il se déclare une péritonite chronique, accompagnée de certains troubles généraux (fièvre, amaigrissement). Il faut, selon la dose injectée, de 6—10 semaines pour la résorption complète des

bacilles et le retour de la cavité péritonéale à l'état normal. L'inoculation est suivie de fièvre; la température s'élève graduellement pendant les premiers jours, atteint un maximum (40-41°) entre le 5e et le 15e jour, se maintient quelques temps entre 39°5 et 40°; puis au bout de 3 semaines environ revient à la normale Il y a pendant les 3 premières semaines une perte graduelle de poids, allant de 50 à 150 grammes, plus accentuée chez les jeunes animaux. Au moment de la résorption complète des bacilles, le poids n'est pas encore revenu à la normale.

Les lapins inoculés dans la veine de l'oreille avec $^1/_2$ culture sur gélose perdent en 15 jours 200—300 grammes.

Vingt-quatre heures après l'inoculation intraveineuse il se produit une énergique polynucléose du sang (80—85%). Vers le 3e jour la polynucléose est en décroissance et l'on constate une mononucléose très forte (40—45%). Vers le 10e jour la leucocytose du sang est normale. Vers le 3e jour, qui suit l'injection la plus grande partie des polynucléaires, sont chargés de granulations éosinophiles vraies.

6). Voici la série des processus, qui accompagnent l'injection intrapéritonéale de bacilles. J'ai toujours employé des cultures pures, non mélangées à du beurre.

Au bout de 24 heures la cavité péritonéale contient un exsudat très louche, assez abondant. Les masses bactériennes, sous forme de dépôts fibrineux, sont déposées sur le grand épiploon, la paroi abdominale et le mésentère. Au bout de 3 jours l'exsudat a diminué beaucoup, est devenu franchement purulent; d'épais dépôts fibrineux couvrent l'épiploon, le foie, la face inférieure du diaphragme, la rate. Au bout d'une semaine les surfaces citées plus haut présentent une quantité énorme de petits abcès nodulaires, variant de la dimension d'un grain de mil à celle d'une grosse tête d'épingle. En outre on constate presque toujours un gros abcès, situé au point d'inoculation, adhérent à la paroi d'une part, aux intestins de l'autre. De ces divers abcès, fortement adhérents à leur substratum, s'écoule à la coupe une petite quantité d'un pus très épais, jaunâtre. Ce n'est pas de la vraie caséification. — Entre 2—3 semaines l'aspect des petits abcès miliaires a changé; ils se présentent sous forme de petits nodules, rénitents, durs, les uns transparents, les autres jaunâtres, ayant l'aspect de petits tubercules typiques et répandus sur l'épiploon, le diaphragme, le péritoine et divers points de la paroi. J'en ai trouvé plusieurs fois sur la séreuse testiculaire. Il s'agit là de vrais tubercules. Sur l'épiploon, entre la paroi et l'intestin, le pus des gros abcès a pris un aspect granuleux, jaunâtre, caséeux. Il est très semblable au pus des abcès tuberculeux. Au bout de 4—5 semaines les abcès sont très réduits; sur divers points du péritoine on trouve des petits tubercules, en général de consistance fibreuse. Nodules et abcès disparaissent graduellement; entre 7—10 semaines la résorption est complète.

La *rate* très hyperhémiée 24 heures après l'injection, à doublé de volume au bout de 3 jours; puis elle s'hypertrophie, devient dure, bosselée comme une rate légèrement tuberculeuse; elle revient lentement à son volume primitif. Cependant on constate encore une hypertrophie sensible alors que la résorption des produits inflammatoires dans la cavité péritonéale est déjà complète.

Peu d'heures après l'inoculation intrapéritonéale, l'exsudat et la surface de l'épiploon se remplissent d'une quantité colossale de leucocytes polynucléaires; la mononucléose est pour ainsi dire, nulle. Ces microphages se bourrent rapidement de microbes, souvent enfermés dans une grande vacuole; ils en sont remplis au point de ressembler à des cellules lépreuses. Au bout de 24 heures il ne reste plus que très peu de bacilles libres. Beaucoup de bacilles englobés prennent des formes rondes, en coccus.

Sur les surfaces (¹) (épiploon, diaphragme), où se sont déposés les amas bactériens, se passe à ce moment un double processus, l'un diffus: les bacilles isolés ou réunis en très petits paquets sont englobés par des microphages isolés et répandus ainsi sur une vaste surface; au contraire, autour des amas bactériens plus volumineux, les leucocytes polynucléaires s'amassent, *puis se fusionnent*, formant autour de l'amas *un véritable plasmodium à polynucléaires,* dans lequel disparait totalement l'individualité cellulaire. Ces plasmodia, si caractéristiques, sont constitués comme il suit: à la périphérie une couronne de noyaux de polynucléaires; au centre l'amas bactérien; entre la couronne pé-

---

(¹) C. R. Soc. biol. 1905.

riphérique et l'amas central un vaste espace vide, sorte de halo, qui est constitué par les protoplasmas fusionnés des leucocytes; la disposition des granules de cette portion est radiaire, convergeant vers le centre, et indique le sens des courants protoplasmiques. Cette portion claire est creusée de vacuoles ne contenant jamais de microbes; ceux-ci sont localisés au centre et, à un moindre degré, dans les espaces intervacuolaires. Ces plasmodia sont absolument caractéristique; a un examen superficiel, c'est l'espace vide ou halo qui frappe le premier. Ils ne présentent aucun signe de nécrose, non plus, d'ailleurs, que les polynucléaires isolés répandus tout autour.

Les plasmodia ou cellules géantes à polynucléaires vont devenir les centres des follicules tuberculeux; les leucocytes isolés et diffusément répandus vont être rapidement la proie des mononucléaires, qui rentreront ensuite dans la circulation lymphatique, spécialement dans la rate; dans les points où se sont accumulés de très volumineux amas bactériens naîtront, après que ceux-ci auront été englobés dans les plasmodies, des abcès de grandes dimensions. Mais qu'il s'agisse d'abcès ou de plasmodies isolées, le sort de ces dernières est toujours le même: la plasmodie deviendra le centre d'un follicule tuberculeux. Durant 2—3 jours le tableau ne change guère; puis apparaissent de nombreux mononucléaires qui envahissent les plasmodies sur plusieurs rangs mêlés aux microphages isolés. Vers la fin de la premiérs semaine, au double processus à polynucléaires, succède un double processus à mononucléaires. Sur toute la surface de l'épiploon, les microphages isolés, contenant des bacilles, sont englobés dans l'intérieur des mononucléaires mobiles; ceux-ci remplissent les fentes lymphatiques, bourrés de bacilles et de débris de polynucléaires. Ils rentrent de la sorte dans la circulation lymphatique et dans la rate, où on les retrouve. De la sorte disparaissent tous les petits amas bactériens dispersés çà et là; il ne reste plus que les plasmodia formés autour des amas plus volumineux.

Ici les plasmodia, qui ne présentent aucun signe apparent de nécrose, sont entourès et disloqués par les macrophages. Au plasmodium à polynucléaires se substitue ainsi une cellule géante typique, formée par la confluence des mononucléaires, et à l'intérieur de laquelle, outre l'amas bactérien, se voient de nombreux débris nucléaires provenant des microphages. Entre le 15e et le 20e jour, il se forme de la sorte une grande quantité de cellules géantes autour desquelles se pressent des mononucléaires libres. A la périphérie du petit granulome, beaucoup de mononucléaires sont fixés et anastomosés par leurs prolongements. De la sorte se constituent de petits follicules ne différant en rien des follicules tuberculeux vrais. En beaucoup de points les cellules géantes restent isolées, sans être entourées de cellules éphitélioïdes.

Dans les gros abcès le processus est le même, mais ici le nombre des polynucléaires est beaucoup plus grand et vers la 3e semaine on assiste à des phénomènes de nécrose très accentués (karyolyse, vacuolisation, etc.) de ces éléments. C'est vers ce moment que le pus des abcès prend l'aspect caséeux.

La résorbtion des amas bactériens s'achève dans l'intérieur des cellules géantes ; ils s'y dissolvent graduellement. Vers la quatrième semaine un très grand nombre de cellules géantes sont vides de leur contenu bactérien ; vers le 2e mois, dans les rares nodules qui restent encore, on trouve parfois encore des bacilles dans les cellules géantes ; mais l'ensemencement reste stérile ; on a affaire à des bacilles morts présentant les formes d'involution les plus diverses : sphérules, croissants, crosse, etc.

En somme, ce qui différencie ce processus du processus tuberculeux vrai c'est : *a)* la persistance très longue du stade à polynucléaires ; *b)* l'absence de nécrose de ces éléments ; *c)* l'existence des plasmodia à polynucléaires. Il y a donc ici deux séries de cellules géantes, qui se substituent les unes aux autres : cellules géantes à polynucléaires, cellules géantes à mononucléaires.

7) Voici le résumé des phénomènes observés à la suite des injections intraveineuses chez le lapin : l'on peut suivre ici l'englobement des bacilles dans le foie, le poumon, le rein, la rate, la mœlle des os, etc. Partout il se forme autour des bacilles des cellules géantes issues de la confluence des leucocytes mononucléaires, qui elles même finissent par être englobées dans un tissu de granulation formé au dépens de très petits mononucléaires qui, par la voie des vaisseaux, viennent s'accoler à la cellule géante et s'anastomoser avec elle, oblitérant ainsi capillaires sanguins, alvéoles pulmonaires, etc.

Dans le poumon on distingue un processus intra-alvéolaire, un processus intra-vasculaire (capillaire).

a) *Processus intra-alvéolaire.* Lors de l'injection intra-veineuse beaucoup de bacilles pénètrent par effraction dans les alvéoles pulmonaires. Ici il n'y a pas de stade à polynucléaires. Au bout de peu d'heures tous les bacilles sont englobés dans l'intérieur des cellules à poussières (mononucléaires). Autour des amas plus gros ces cellules s'accumulent, se fusionnent (il est aisé de suivre les stades du fusionnement) et il se forme de la sorte des cellules géantes typiques, formées de cellules à poussières, bourrées par conséquent de poussières noires et contenant les bacilles. Ces cellules géantes sont déjà formées au bout de 24 heures; la résorption des microbes s'y fait très vite. Au bout de 7 jours cette résorption est avancée et beaucoup de cellules géantes sont déjà vides. Elle est terminée vers le 15-e jour. Vers la fin de la 1-ere semaine les capillaires sanguins se remplissent de très petits mononucléaires, qui pénètrent par diapédèse dans les alvéoles, s'accolent à la cellule géante, s'anastomosent et constituent ainsi un tissu de granulation qui oblitère l'alvéole, enserrant de la sorte la cellule géante.

b) *Processus intra-vasculaire.* Dans les capillaires sanguins les bacilles sont englobés dans les polynucléaires; au bout de peu d'heures il s'est formé autour des amas de *plasmodia* à polynucléaires, qui persistent, sans avarie, plusieurs jours. Vers le 3-ème jour des leucocytes mononucléaires s'accumulent autour des plasmodies s'insinuant entre celles-ci et l'endothélium vasculaire resté intact. Au bout de 5—6 jours il s'est constitué, de la sorte, autour des plasmodia, des cellules géantes typiques, à l'intérieur desquelles le plasmodium dégénère et les bacilles se résorbent. La résorption des bacilles s'achève ici vers la 3-ème ou 4-ème semaine, beaucoup plus tard, par conséquent, que dans les alvéoles.

Parmi les mononucléaires qui contribuent à former la cellule géante intravasculaire, beaucoup sont chargés de grains noirs, de corps fuchsinophiles, et sont identiques au cellules à poussière des alvéoles.—En plusieurs points on peut d'ailleurs voir ces éléments passer en s'étirant à travers la paroi de l'intérieur de l'alvéole, jusque dans la lumière du capillaire. Cette diapédèse est facile à suivre, grâce au pigment noir qui marque le passage de ces éléments. Il se constituent donc parfois dans les capillaires sanguins des cellules géantes chargées de grains de poussière; le fait est intéressant en ce qu'il démontre la nature migratrice des cellules à poussières alvéolaires.

8) Dans le *foie*, à la suite de l'injection intravasculaire, les bacilles sont englobés immédiatement par les cellules de Kupffer qui, fréquemment, se fusionnent en cellules géantes, creusées de vacuoles. Au bout de 8—10 jours, la résorption des bacilles est achevée, et il est impossible de les retrouver. A ce moment les cellules géantes sont fréquemment englobées dans un tissu de granulations qui oblitère le vaisseau. Vers ce moment aussi les cellules hépatiques se chargent d'un abondant pigment noir d'origine indéterminée.

Dans la rate, les polynucléaires ne jouent aucun rôle. Les bacilles sont englobés par les macrophages des sinus. Ceux-ci, en se fusionnant, arrivent à former de vastes plasmodia, creusés de vacuoles, qui remplissent la lumière du sinus tout entière. Vers le 15-e jour, on ne retrouve plus trace de microbes. Un grand nombre de normoblastes apparaissent vers ce moment dans la rate, particulièrement dans les sinus.

Le processus, dans les vaisseaux du *rein*, est analogue à celui étudié dans les capillaires du poumon. Les cellules géantes rénales sont, au bout de 10 jours, entourées de petit mononucléaires issus des vaisseaux sanguins, et qui se transforment en tissu de granulation.

Ces tubercules intravasculaires deviennent des foyers de sclérose rénale; à leur voisinage immédiat l'épithélium des tubuli devient trouble, puis se desquamme (peut-être à la suite de quelque action toxique). Les tubuli ainsi dégénérés sont envahis, en même temps que les cellules géantes, par de petits mononucléaires qui installent, à leur place, un tissu de granulation dense.

Entre autre faits intéressants, l'étude des Injections intraveineuses nous montre que là où les mononucléaires entrent en jeu dès le début, avant toute intervention des polynucléaires (alvéoles pulmonaires, sinus sphériques, capillaires hépatiques) la destruction des bacilles se fait beaucoup plus vite (7—10 jours), que là où le processus débute par des plasmodia à polynucléaires (3—6 semaines).

9) Lorsque l'on fait au lapin des injections successives de bacilles de Timothée, assez rapprochées (12—13 jours) pour que la résorption des bacilles provenant de l'inoculation précédente soit incomplète, il se produit le fait paradoxal, en apparence que le volume des abcès croît avec le nombre des inoculations. Chez des lapins inoculés une dizaine de fois consécutivement par voie intraveineuse, puis, ensuite, 3 fois, à 15 jours d'intervalle, dans la cavité péritonéale, cette cavité contenait des abcès du volume d'un petit œuf de poule. Le contenu de ces abcès est absolument caséifié. On n'y trouve plus que des débris cellulaires et quelques rares bacilles qui, d'ailleurs, ne se cultivent plus.

Il y a là quelque chose qui rappelle le phénomène de Koch dans la tuberculose, les injections répétées de bacilles tuberculeux tués, provoquant la formation de masses caséeuses de plus en plus grandes. — Dans les expériences de vaccination active contre le bacille du Timothée, il est absolument indispensable d'attendre, pour faire une inoculation, que le processus de résorption consécutif à l'inoculation présente soit complètement terminé. Il faut donc 3 mois d'intervalle entre deux inoculations successives.

10) Les corps de bacilles du Timothée desséchés dans le vide, et débarrassés de leur carapace cireuse, sont toxiques, presque plus toxiques, semble-t-il, que les microbes non dégraissés.

L'injection intrapéritonéale au cobaye de 10 centigr. de ces corps, détermine une hyperthermie de 1°5 à 2°, qui se maintient 15 jours environ. Puis la température baisse graduellement. Au bout de 8 jours des animaux variant de 650 gr. à 530 gr. ont perdu 130—170 gr. de leur poids. L'injection dans la péritoine est suivie d'un double exsudat péritonéal et pleural; la rate, très hyperhémiée au bout de 24 heures, est devenue au bout de 8 jours énorme, dure, bosselée; son volume est quadruplé environ.

Les corps microbiens déposés sur l'épiploon, le diaphragme, etc., provoquent la formation d'abcès, petits et gros, remplis au bout d'une semaine d'un pus caséeux. De plus, il s'établit entre l'épiploon, la rate, le foie et l'estomac, des paquets d'adhérences au sein desquelles s'achève la résorption de ces abcès.

De plus, à la surface du foie apparaissent de larges plaques de nécrose, s'effritant au grattage et laissant des surfaces sousjacentes ulcéreuses. La résorption des bacilles ne s'effectue qu'au bout de 4 — 5 semaines et le péritoine, sauf quelques points d'adhérences, reprend son état normal. Le processus cellulaire est celui que nous avons décrit à propos de l'injection des bacilles vivants: formation de plasmodies à polynucléaires remplacées bientôt par des cellules géantes à mononucléaires; cependant l'on observe ici une nécrose assez abondante des polynucléaires durant des 7 premiers jour qui suivent l'injection, nécrose qui n'existera pas dans le cas de bacilles vivants.

Il semble que les bacilles degraissés, au contact des humeurs, laissent diffuser quelque substance toxique beaucoup plus facilement que ne le feraient les bacilles vivants.

Il est impossible de n'être pas frappé de l'analogie de ces phénomènes avec ceux qui accompagnent l'injection des bacilles de Koch dégraissés.

11) Les cobayes injectés avec le bacille de Timothée réagissent également à la tuberculine de Koch et à la paratuberculine du Timothée. Les cobayes ayant reçu dans le péritoine ½ culture de Timothée sur gélose, vieille de 24 heures, ont réagi ainsi qu'il suit: 15 jours après l'injection, l'injection sous-cutanée de 2 c. c. de tuberculine de Koch (diluée) a provoqué, au bout de 3 heures, une élévation thermique variant de 2°2 à 2°5. L'injection sous-cutanée de 2 c.c. de paratuberculine de Timothée a donné une hyperthermie de 1°7 à 2°9 au bout du même temps.

Chez les mêmes cobayes, 28 jours après la réaction était de 1°5 — 1°7 avec la paratuberculine, de 1°2 avec la tuberculine. Mais certains animaux ne réagissaient déjà plus, 6 semaines après l'injection, la réaction était nulle.

La résorption des bacilles et des produits inflammatoires se fait infiniment plus vite (deux fois environs) chez les animaux injectés deux fois à la tuberculine, ou à la paratuberculine, que chez les témoins. En général, au bout de 5 semaines au plus, la résorptions est complète, alors qu'elle dure souvent 10 semaines chez les témoins.

A la suite des injections de tuberculine ou de paratuberculine, les abcès sont envahis brusquement par une masse de leucocytes mononucléaires qui, en 24 heures, forment autour des foyers bacillaires, des quantités énormes de cellules géantes. Il y a donc la également quelque chose de très comparables avec ce qui se passe dans la tuberculose vraie.

12) La toxicité des corps bacillaires dégraissés et leur pourvoir caséifiant; la caséifications des produits inflamatoires, évidente surtout dans les cas d'injections répétées de bacilles; le mode (réaction générale et réaction locale) dont les animaux injectés réagissent à la tuberculine comme aussi à la paratuberculine; la constitution histologique des granulomes avec leur cellules géantes et leur celulles épithélioïdes: tout ces faits rapprochent singulièrement l'infections par le bacille du Timothée de l'infection par le bacille de Koch.

Une différence considérable au point de vue de la réaction inflammatoire consiste en ce que: dans l'infection Timothéique le stade à polynucléaires dure beaucoup plus longtemps; la nécrose de ces éléments ne se produit généralement pas et les cellules géantes ne se forment que tardivement. De plus le début de la réaction est marquée par la formation des cellules géantes à polynucléaires que l'on n'observe pas dans l'infection par le bacille de Koch, mais que l'on observe lors de l'injection de faibles doses de bacilles tuberculeux dégraissés. Enfin il a été, jusqu'ici, impossible de reproduire des inoculations en série de cobaye à cobaye.

CRITICI ȘI CRONICI

Dr. G. Proca

IGIENA SOCIALA

DE

DR. TH. WEYL

Cunoscuta igienă în zece volume (Handbuch der Hygiene in zehn Bänden) s'a mărit cu un al patrulea supliment, care a eșit de sub tipar în cursul anului trecut, cu titlul de: *Soziale Hygiene.* Respectabilul volum, forte de XXIX+1077 pagini, cu 21 tablouri, 8 figuri, și 11 curbe în text, este opera d-lui privat docent dr.

Weyl, ajutat de 12 colaboratori, printre care şi o doamnă. Volumul apărut în editura lui G. Fischer (Jena) costă 32 mărci.

Ca multe din publicaţiile mari, ce apar sub forma de lucrări colective, prin colaboraţia a deosebiţi specialişti, tratatul de igienă socială nu este o operă unitară. Capitolele cărţii sunt monografii distincte cari nu se contopesc, nici nu se urmează la rând după o necesitate logică evidentă. Se simte că materialul destinat a alcătuì edificiul igienei sociale a fost adunat bucată cu bucată, fără a fi coordonat. Părţile sale se ating, dar nu se sprijină reciproc şi împreună formează un dicţionar mai mult decât un tratat. Din această cauză însăşi noţiunea de igienă socială considerată ca ramură deosebită a ştiinţelor sanitare, nu se degajează destul de limpede din expunerile d-lui Weyl şi ale colaboratorilor săi.

Dar dacă tratatul de igienă socìală, privit în întregime, prezintă defectele de structură şi compoziţie aici semnalate, monografiile ce-l alcătuesc sunt uneori excelente şi totdeauna preţioase, fiindcă pun la îndămâna cititorului o literatură bogată, precum şi informaţii cât se poate de precise asupra stărilor şi instituţiilor sanitare moderne, şi mai ales din Germania.

Spre a invederà cât de multiple şi felurite sunt documentele ce ne oferă tratatul de igienă socială, să trecem în revistă capitolele ce-l alcătuesc.

Urmând diviziunile cărţii, întâlnim următoarele monografii:

A). Prima parte; măsuri socialigienice pentru toate clasele, de vârstă şi pentru toate profesiunile, şi anume:

I. *Asanarea* de Th. Weyl. Este o recapitulare cam repede a cunoscutelor măsuri de asanare, cărora li-se datoreşte scăderea mortalităţii în diferite oraşe mari. Cu numeroase statistici se arată efectele acestor măsuri în Berlin, München şi Viena.

II. *Profilaxia boalelor epidemice* de Th. Weyl. Se enumeră măsurile generale de profilaxie, trecându-se apoi la profilaxia specială a tuberculozei (P. 34—51), a vărsatului (52 – 60) şi a boalelor veneriene (60—80). Numeroase tablouri şi o hartă în culori arată întinderea boalelor epidemice studiate şi mersul mortalităţii în diferite epoce. In partea privitoare la profilaxia boalelor venerice autorul se mărgineşte a rezumà monografia lui Blaschko din Handbuch der Hygiene, Bd. X, ceea ce face să nu fie în totul justificat sub-titlul de supliment cu care a apărut „Igiena socială“.

Tot un asemenea rezumat este şi adaosul asupra *alcoolismului* de A. Grotjahn (p. 81—96). Articolul conţine o greşală de cifre, necorectată la erată. Se scrie anume că populaţia Germaniei ar cheltuì numai 7 *milioane* mărci *(nur 7 Millionen MK)* pe hrană şi 3 *milioane* pe an pentru băuturi spirtoase, când după socotelile lui W. Bode este vorba de *miliarde*, iar nu de milioane. De altfel articolul cuprinde amănunte interesante, mai cu seamă în ceea ce priveşte cauzele sociale ale alcoolismului. Măsurile de combatere a alcolismului sunt enumerate prea repede şi incomplect. Sistemului zis de la Gothenburg i-se consacră numai 7 linii (p. 91).

III. *Chestiunea alimentaţiei* de Paul Mombert. Pe când igiena generală şi măsurile de poliţie sanitară au în vedere mai ales calităţile alimentelor şi caută mijloace potrivite ca să împiedice vânzarea şi consumarea celor insalubre, igiena socială urmăreşte probleme deosebite. Ea studiază raporturile dintre modul alimentaţiei şi starea sanitară a unei populaţii sau a unei clase sociale, cercetând cauzele alimentaţiei lor insuficiente, precum şi măsurile capabile de a înlăturà aceste cauze. Monografia d-lui Mombert dă în 72 pagini cifre şi amănunte din cele mai interesante asupra acestor chestiuni, punând în relief că unele boale ca tuberculoza şi alcoolismul, ca şi mortalitatea în general stau în raport direct cu bugetul locuitorilor şi cu preţul alimentelor şi că alimentaţia insuficientă sau subnutrirea *(Unterernährung)* populaţiei muncitoare atârnă de numeroşi factori economici: salarii, preţul articolelor de consumaţie, accize şi tarife vamale, măsuri de poliţie veterinară, etc., fără schimbarea, cărora nu se poate aşteptà o îmbunătăţire simţitoare din punct de vedere sanitar.

IV. *Asistenţa săracilor* de A. Buehl. Directorul asistenţei publice din Hamburg, unul din oraşele care cheltueşte mai mult pentru săracii săi, expune pe larg normele asistenţei săracilor formele sale, organizarea sa în Germania ca şi în străinătate,' rezultatele ce dă, lipsurile de astăzi precum şi îmbunătăţirile necesare. In oraşe asistenţa săracilor este mai bine organizată decât la ţară; poate din această cauză în Prusia mortalitatea la ţară este *mai mare* decât în oraşe (1892—1897). Când populaţia săracă formează un contingent de peste un milion jumătate în

Germania şi de peste zece milioane în Europa când „boala este întâia şi cea mai însemnată cauză de sărăcie“, şi când „îngrijirea bolnavilor stă in primul rând între măsurile de prevenire a sărăciei“ (p. 187) se înţelege uşor că chestiunea asistenţei săracilor trebue să formeze un obiect de studiu nu numai pentru filantropi şi administratori, ci şi pentru igienişti. Din acest punct de vedere cele 138 pagini ale monografiei d-lui Bluehl îşi aveau locul indicat într'un tratat de igienă socială.

V. *Chestiunea locuinţelor* de dr. R. Eberstadt. Condiţiunile în care se găsesc locuinţele clasei muncitoare din Germania, sunt cu totul defectuoase. Statistica Berlinului pentru 1900 arată în această privinţă o stare mizerabilă, greu de închipuit (p. 346). Autorul expune cauzele răului: scumpetea chiriilor, specularea terenurilor de clădit, etc. şi descrie amănunţit toate măsurile de ordin social şi administrativ, aplicate în Germania mai ales, spre a se procurà lucuitorilor din oraşe locuinţe salubre şi eftine. (P. 307—388).

B). A doua mare divizie a tratatului poartă titlul de „Măsuri socialigienice pentru anumite clase de vârstă şi anumite profesiuni“. Aici intră următoarele studii:

VI. *Ingrijirea sugacilor* de H. Finkelstein. In puţine pagini. (389—408) se dă o descriere repede, în linii mari, a măsurilor întrebuinţate pentru creşterea copiilor de ţâţă, părăsiţi şi orfani. Autorul însuşi arată că urmează lucrarea amănunţită a lui H. Neumann, din Handbuch d. Hygiene, Bd. VII, deşí este vorba de un supliment la volumele dejà publicate, şi nu de o repetare a lor, într'o formă prescurtată.

VII. *Ingrijirea socială a copiilor în vârstă de şcoală* de răposatul dr. Schmid-Monnard şi A. Hartmann. (P. 409—450). In timpul scolarităţii copiii au nevoe nu numai de instrucţie ci şi de pregătiri în raport cu cerinţele vieţei ce-i aşteaptă, precum şi de îngrijiri care să ajute sănătoasa dezvoltare a corpului. Mijloacele întrebuinţate în aceste scopuri, atât în Germania, cât şi în alte ţări, sunt arătate în chip metodic, în câte un paragraf aparte: lucrul manual pentru băeţi, învăţarea gospodăriei în şcoalele de fete, lecţii gratuite de înnotat, patinaj, excursii şcolare, hrana şi îmbrăcămintea copiilor săraci, grădini de copii case de economie, etc., etc. Numeroasele documente prezintate în această monografie sunt cu totul instructive şi suggestive.

VIII. *Ingrijirea tinerimei care a terminat şcoala* de H. Such. Sănătatea, situaţia economică, instrucţia şi moralitatea tinerilor în vârstă de 14—18 ani sunt ameninţate să sufere scăderi păgubitoare pentru societate, subt influenţa a numeroase cauze, pe care autorul le studiază în amănunte, spre a stabilì că se simte în adevăr nevoe de o protecţie eficace a acestei clase de tineri, în mare majoritate ocupaţi dejà în industrie şi agricultură. Cea mai mare parte a studiului este consacrată măsurilor de protecţie şi îngrijire a acestor tineri, precum şi a unor categorii speciale: orfani, infirmi, rău trataţi, etc.

IX. *Protecţia lucrătorilor* de K. Hartmann. (P. 545 --603). Lucrarea enumeră cam repede şi în mod arid măsurile de protecţie a lucrătorilor, luate până astăzi în Germania, complectând şi uneori rezumând studiul lui Roth din Handbuch der Hygiene Bd. VIII, asupra aceleeaşi chestiuni.

X. *Instituţii de confort pentru lucrători şi familiile lor* de Flesch. (P. 605—654). Cu toată egalitatea de drept în faţa legilor, deosebirile de avere împart societatea în clase care, în loc să se înţeleagă, tind să se duşmănească şi să se lupte între dânsele, Instituţiile de confort sunt creaţiuni, aşezăminte sau organizaţii, care caută a se opune acestor tendinţe antisociale, micşorând contrastele şi apropiind clasele stăpânitoare de populaţia lucrătorilor. Autorul dă exemple tipice de asemenea instituţii, iar pentru amănuntele diverselor organizaţii, cari ar merità să fie imitate, indică celor interesaţi izvoarele de unde să le poată luà.

Ca adaos la a doua diviziune a tratatului se dau următoarele lucrări:

I. *Răsboiu şi pace* de H. Schwiening. (P. 655—726.) Studiul ar puteà să fie întitulat: *pagubele sanitare şi economice cauzate de răsboiu,* dacă autorul care este medic militar şi funcţionar al ministerului de răsboiu, nu ar fi căutat să arate şi unele efecte salutare ce s'ar fi datorind sângeroaselor lupte dintre popoare. Lucrarea este bogat documentată cu statistici din cele mai interesante.

II. *Igiena socială şi problema degenerărei* de A. Grotjahn (P. 727--790). Pe temeiul cercetărilor de până acuma, autorul explorează domeniul obscur al problemei degenerării, examinând mişcările demografice şi stările sanitare cari ar indicà degradarea unei populaţii anumite. (Inaptitudinea la serviciul militar, incapacitatea femeilor de a alăptà, etc.). Dintre cauzele, cari contribue la degenerarea locuitorilor se studiază în special felul locuinţelor din oraşe (761—773). Multe din afirmările şi concluziunile autorului sunt discutabile, fiindcă adesea scăderile fizice, considerate ca semne de degenerare corporală, nu constitue în acelaşi timp scăderi sau degradări de natură psihică şi socială, C). A treia parte a tratatului este formată de:

Istoria igienei sociale de Th. Weyl şi Marg. Weinberg (P. 791—1046). Găsim aici istoricul alimentărei oraşelor cu apă, al canalizărei, iluminatului si curăţeniei lor, istoricul locuinţelor, al băilor şi în sfârşit istoricul profilaxiei boalelor molipsitoare (lepră, ciumă şi boale veneriene), împreună cu istoria desvoltărei spitalelor de dinainte de Christos şi până în timpurile noastre. Cele 256 pagini ale acestei istorii conţin multe documente curioase, publicate la un loc pentru întâia oară, dar cititorul rămâne puţin dumerit asupra utilităţii lor, de oarece nu se vede întru cât ele ar fi necesare pentru îndrumarea igienei moderne, care nu poate considerà practicele din trecut nici ca experienţe destul de instructive, nici ca modele de imitat.

* * *

După ce am luat cunoştinţă de conţinutul tratatului de igienă socială, este firesc să ne punem întrebarea dacă acest conţinut constitue materia igienei sociale, domeniul propriu al acestei ştiinţe particulare. La acestă întrebare, pe care o face şi d-l Weyl în prefaţă, d-sa răspunde că teritoriul igienei sociale nu este bine delimitat, domeniul său însă este mai mare şi mai cuprinzător decât acel al igienei publice (p. VII). Igiena socială ar puteà să fie definită, zice d-l Weyl, ca acea ştiinţă care îşi propune să procure fiecărei clase de vârstă cea mai mică mortalitate ce i-se cuvine, adică ce-i este dată în mod natural *(die ihr zukommende, d. h. die ihr durch die Natur gegebene geringste Sterblichkeit).* După această definiţie îşi găseşte locul indicat în igiena socială expunerea oricărei silinţe, care ar fi în stare să exercite o acţiune directă sau indirectă asupra mortalităţii maselor (p. VII) şi toate capitolele ce am analizat tratează în adevăr despre acest fel de silinţe. Dar nu este mai puţin adevărat că ori ce măsură de igienă influinţează mortalitatea maselor sau a unei clase de vârstă, aşà în cât toată igiena ar deveni igienă socială, după definiţia lui Weyl. Pe de altă parte în afară de micşorarea mortalităţii sunt şi alte obiective cu totul deosebite, pe care le urmăresc măsurile de igienă socială, după cum se arată bine în monografiile aci analizate ale lui Schmid-Monnard, Suck, Flesch, etc. În sfârşit igiena socială, ca şi igiena în general nu studiază numai silinţe sau măsuri, ci caută a determinà şi acţiunea sanitară a diferiţilor factori şi a diverselor condiţii, în mijlocul cărora trebue să trăiască oamenii. Pentru aceste cuvinte definiţia d-lui Weyl nu dă trăsăturile caracteristice ale igienei sociale, precum nu îi delimitează exact teritoriul sau domeniul propriu.

Cititorul, care nu şi-a putut frce o idee clară despre natura igienei sociale nici după lămuririle din prefaţă, nici după felul subiectelor tratate de către colaboratorii d-lui Weyl, găseşte o definiţie mai satisfăcătoare în studiul d-lui Grotjahn (p. 727 şi următ.). Pentru acest autor se poate deosebi o igienă fizico-biologică, alăturea de una socială. Aceasta din urmă, studiază acţiunea factorilor sociali şi a mediului social; cealaltă studiază în special acţiunea sanitară a factorilor fizici şi biologici; una descrie condiţiile de viaţă existente, *ceea ce este*, pe când igiena fizico-biologică stabileşte normele de urmat, *ceea ce ar trebuì să fie* (*Das Ist* şi *das Soll*).

Recunoscând că şi această definiţie este cam vagă, din cauza lipsei de priciziune a însăşi termenilor întrebuinţaţi — factori sociali şi mediu social — încheem cu observaţia că tratatul de igienă socială face de prisos asemenea exerciţii de logică, a căror ambiţie este să condenseze în câteva rânduri conţinutul a sute de pagini. Cititorii, pe cari îi preocupă vre-o chestie de igienă socială vor găsì totdeauna în tratatul d-lui Weyl indicaţii folositoare, afară numai dacă nu vor căutà lămuriri asupra metodelor de cercetare a igienei sociale. In privinţa acestui punct cu deosebire interesant volumul ce au analizat nu spune nici un cuvânt.

FACULTATEA DE MEDICINĂ

DESCHIDEREA CURSURILOR ANULUI ŞCOLAR 1905—1906.

Cursurile anului şcolar 1905—1906 au fost inaugurate de d-l Profesor Dr. N. Măldărescu, decanul facultăţii de medicină, în prezenţa aproape a întregului corp profesoral şi al unui mare număr de studenţi. Cu această ocaziune, d-sa a ţinut o cuvântare, pe care o reproducem, atrăgând atenţia cititorilor asupra premiilor, pe care facultatea de medicină le va decerne de aici înainte pentru cele mai bune teze şi lucrări, în urma dispoziţiilor testamentare ale Doctorului Serfioti şi ale lui Al. Cristescu comerciant:

Facultatea noastră de medicină merge fără şovăire şi cu paşi mari către idealul nostru al tutulor, adică desvoltarea cea mai desăvârşită a învăţământului nostru medical şi farmaceutic.

Credinţa aceasta pentru predecesorii noştri a fost însă foarte problematică, îndoioasă, nesigură; puţini au fost aceea care n'au negat realizarea unor asemenea aspiraţiuni considerate pe atunci de domeniul închipuirilor.

Astăzi însă realizarea complectă a idealului nostru nu pare a fi depărtată; acest ideal este zărit de noi toţi la orizontul ştiinţelor prin aurora strălucitoare ce-l înconjoară.

Tenacitatea şi munca unei generaţiuni întregi de medici români, având în cap pe acela a cărei figură am consacrat-o pentru eternitate în frontispiciul acestui templu, nemuritorul Dr. Davila a făcut ca învăţământul medical român să poată ajunge astăzi la o situaţiune mare în orientul Europei, situaţiune onorabilă, cunoscută şi respectată în lumea ştiinţifică din străinătate.

Organizarea învăţământului superior într'o ţară, bazele, pe care este aşezată, gradul de desvoltare în care a ajuns, difuziunea ideilor şi ajutoarelor, care emană dela acel focar pentru binele şi buna stare a populaţiunei şi a omenirei, în genere, constitue criteriul cel mai necontestat al desvoltării, la care este ajunsă acea naţiune.

Desvoltarea şi înaintarea studiilor biologice, prin urmare progresul ştiinţelor medicale, au preparat şi contribuit la îndreptarea condiţiunilor vieţei omului şi a stărei sale sociale.

Progresele ce a făcut ţara noastră în ultimul sfert al secolului trecut sunt în raport direct şi cu desvoltarea învăţământului nostru medical.

Facultatea noastră, d-lor, are astăzi domiciliu într'un palat frumos, dotat bine în mobilier şi aparate de laboratorii; avem spitale frumoase bine înzestrate; mai toate ştiinţele medicale sunt reprezintate prin catedre ocupate de profesori buni cu reputaţiuni în ştiinţă şi în profesiune; avem dar tot ce trebue pentru ca naţiunea să poată aştepta dela noi binele de care are trebuinţă, în schimbul sacrificiilor făcute cu bucurie şi mari speranţe.

Pentru a ajunge şi a satisface însă, d-lor studenţi, dorinţele acestea ale ţerii, pentru a îndeplinì scopul adevărat al acestor instituţiuni, idealul pentru care se face atâtea sacrificii de către naţiune, nu este destul a fi locuiţi în palate ca acesta, a aveà luxul mobilierului, al decorurilor, aparatelor din laboratorii, spitale frumoase, etc., etc., toate acestea, negreşit, sunt trebuincioase, indispensabile, aceea însă ce înalţă numele instituţiunilor ce face reputaţiunea şi admiraţiunea lor, este laboarea ce se desfăşură în acele instituţiuni, în producţiuni utile pentru binele omenirii şi al ţerii, munca care ţinteşte a obţine un folos real pentru individ spre a-l face folositor lui, semenilor săi sau societăţii.

Acest rezultat nu se poate obţine decât prin laboarea fiecăruia din noi, a noastră prefesori, precum şi a d-voastre studenţi, laboare de fiecare moment, laboare cu cuget curat şi onest, care conduce negreşit la probitatea ştiinţifică şi profesională, care întăreşte credinţa în ştiinţă şi face cugetarea dreaptă, care agerează facultăţile noastre mintale şi conduce de sigur prin aprofundarea cercetărilor şi a studiului către câmpuri şi orizonturi noui în ştiinţă.

Lucrătorul de acì, pătruns de aceste datorii, cu aspiraţiuni modeste, spiritul limpede şi ferit de cancerul invidiei şi al dorinţelor nemăsurate, cu mintea toată coprinsă de amorul şi flacăra ştiinţei, cu tenacitatea ce se cuvine unei educaţiuni ştiinţifice, asemenea oameni înving prin muncă toate dificultăţile şi ajung totdeauna la un bun rezultat.

Labor improbus omnia vincit.

Acestor factori speciali formaţi prin muncă, devotaţi ştiinţei, scrutatori neobosiţi, se datoreşte reputaţiunile universităţilor.

In direcţia aceasta trebuesc dirigiate aspiraţiunile noastre ale tutulor şi numai o asemenea ambiţiune este permisă şi laudabilă.

Trebue să se ştie dinainte de acei care trec pragul acestei incinte în scop de a se instruì şi doresc a se consacrà studiului şi practicei medicinei, că, ei trebue să însuşească pe lângă vocaţiune şi studii pregătitoare, o constituţiune viguroasă, o voinţă şi putere mare de muncă, de muncă continuă şi fără preget, atât în cursul studiului lung şi dificil al acestor ştiinţe cât şi mai târziu în practica medicinei.

Până în prezent, tot ce posedă Facultatea noastră ca local, dotaţiuni, se datoresc naţiunei care a făcut şi face sacrificii pentru învăţământul nostru medical şi farmaceutic.

Iniţiativa particulară la noi, inimile generoase şi patriotice, cari se manifestez atât de mult în alte direcţiuni umanitare, s'au abţinut până acum de a venì în ajutorul Facultăţii noastre.

Cea mai mare parte din institutele superioare de cultură din America şi alte ţeri din Europa, în special Universitatea din Atena, toată existenţa lor, luxul edificiilor şi al dotaţiunilor, premiuri pentru lucrări şi descoperiri, sunt datorite donaţiunilor făcute de către particulari generoşi şi patrioţi.

La noi particulari avuţi şi generoşi, pentru multe alte binefaceri, au observat oarecare rezervă în privinţa donaţiunilor către universităţi; ei poate au aşteptat rezultatele.

Succesele ce au avut în mijlocul populaţiunii̦or noastre medici şi farmacişti eşiţi din Facultatea noastră, răspândiţi astăzi în toată ţara, chemaţi în palate ca şi în coliba săteanului, foloasele, care au adus şi răspândit în ţară şi chiar afară de fruntariile ţerii, a convins astăzi şi pe cei mai neîncrezători în valoarea reală a învăţământului nostru medical, în calităţile intelectuale şi de vitejie ale tânărului român, atât în apărarea ţării cât şi pentru ştiinţa şi umanitatea sa în lupta pe vastul câmp al suferinţelor.

Persoanele avute, generoase şi patriotice, nu mai au nici un motiv pentru a reţine mâna şi a nu venì în ajutorul unei instituţiuni eminamente folositoare pentru ţara noastră, bine dirigeată şi administrată, care a dovedit şi dovedeşte pe fiecare zi progresele mari ce face, prin rezultatele obţinute în folosul populaţiunei suferinde, şi prin renumele ce şi-au făcut în ştiinţe foarte mulţi din fii acestei şcoli.

De un timp oarecare, asemenea donaţiunii făcute Facultăţii de medicină din Bucureşti, încep a se numără.

Graţie unei asemenea generoase donaţiuni particulare a fericitului de eternă memorie, Alexandru Christescu, comerciant, ni se procură ocaziunea, pentru întâia dată, a sărbători astăzi munca acelora dintre d-voastră, d-lor studenţi, care s'au distins în cursul studiilor atât prin notele cele mai ridicate la toate examenele de doctorat, cât şi prin importanţa şi originalitatea lucrărilor inaugurale tipărite, adică tezele de doctorat, recunoscute de către comisia aleasă de Facultate, pentru anul şcolar 1903—1904, ca cele mai meritorii.

Iată adresa Onorab. Eforii:

Decedatul Alexandru Christescu, comerciant, prin testamentul său lăsând Eforia spitalelor civile din Bucureşti legatară universală asupra întregei sale averi, a pus obligaţiune Eforiei ca să remită d-lui Decan al Facultăţei de medicină, din Bucureşti, câte lei 500 pe an, spre a se decernà de către consiliul Facultăţei de medicină, o medalie de aur de această valoare, celei mai meritorie teză de doctorat, care medalie va purtà menţiunea „Fundaţiunea Alexandru Christescu, comerciant".

Astăzi aducem la îndeplinire acest legat.

Un alt legat de 40.000 lei, a fost lăsat Facultăţii noastre în anul acesta de către distinsul şi reputatul medic defunctul dr. Aristide Ch. Serfioti, din Galaţi, pentru a se da premii la fiecare 2 ani, prin concurs, celei mai bune lucrări de medicină.

Iată textul art. 4 din testamentul cu data dela 23 August 1903:

«Surorile mele vor depune la Casa de Depuneri şi Consemnaţiuni sau la Banca Naţională din Bucureşti, pe numele Facultăţii de medicină din Bucureşti, 40.000 lei în bonuri Creditul funciar 5%, a căror venit va servì ca premii binuale ce va decernà de către un juriu constituit din sânul Facultăţii autorului celei mai meritorii lucrări asupra unui subiect din ştiinţele medicale. Chestiunea aceasta se va formulà şi publicà de către Facultatea de medicină la fiecare 2 ani.»

«Acest concurs se va regulamenta de către colegiul profesoral al Facultăţii.

Un al III-lea legat este fundaţiunea nemuritoarei Ana Dr. Darvari, născută dr. Gheorghe Polyzu, fiica fostului profesor de Anatomie şi decan al Facultăţii noastre.

Acest legat este destinat a constitui un fond pentru a se clădi şi întreţine pe lângă facultatea de medicină o clinică de boalele mintale.

Citez textul unora din paragrafele testamentului d-nei Ana Dr. Gheorghe Darvari, născută dr. Gheorghe Polyzu:

„Din venitul stării mele, legatarul meu universal va capitaliză bani pe fiecare an pentru clădirea unui azil de alienaţi şi după ce se va strânge bani suficienţi, se va clădi acel azil în Bucureşti şi va întreţine un număr de paturi proporţionat cu venitul stării mele pe cât timp va trăi soţul meu.

„După moartea sa starea mea mişcătoare şi nemişcătoare va trece sub direcţiunea Facultăţii de medicină din Bucureşti care va fi pusă îndată în posesiune şi va administră după cum cere trebuinţa acest azil.

„Rog pe prea iubitul meu tată care ştie această dispoziţiune a averii mele, să fie aşă de bun să nu iea d-lui cotitatea disponibilă din starea mea, după cum i se cuvine, şi să o lase tot pentru azilul sus menţionat de mine, imediat după moartea mea“.

Este mai presus de ori ce laudă sentimentele generoase ale sublimei donatoare care a intrunit la un loc, în patriotismul său, cultura superioară a ţării sale şi ajutorul acelor suferinzi care sunt loviţi în facultăţile cele mai înalte din creaţiune.

Pentru a vedeà opera sa cât de curând realizată, simţind că viaţa o părăseşte repede şi mult înaintea bătrânului său părinte, ea roagă pe iubitul său tată să lase şi cotitatea disponibilă lui pentru acelaşi scop filantropic.

Acest legat atât de clar în formularea sa şi cu o destinaţiune atât de umanitară este atacat în anulare. Am însă credinţa nestrămutată că justiţia ţării noastre va respectà ultima voinţă a marei filantroape.

Vedeţi dar, domnilor Studenţi, că iniţiativa oamenilor de bine şi patrioţi devine confientă în viitorul d-v., graţie laboarei ce se desfăşură în această instituţiune şi foloasele ce naţiunea a obţinut şi aşteaptă mereu dela ştiinţa d-v.

Să lucrăm dar din răsputeri pentru gloria şcoalei şi a naţiunii noastre.

Suntem convinşi că binecuvântările, încuragerile şi ajutoarele nu vor lipsi pentru a recompensà pe cei laborioşi.

Să mulţumim naţiunii pentru sacrificiile ce face cu învăţământul nostru şi să aducem, astăzi, în public, recunoştinţa noastră eternă fericiţilor donatori: Ana Darvari, Alexandru Christescu, comerciant şi Dr. Serfioti.

Profesorului Dr. Kalinderu şi Dr. Bălanu, pentru bibliotecile ce au dăruit Facultăţii.

Anul acesta, Domnilor, nu o să putem satisface şi distribuì în mod material decât o singură recompensă: medalia de aur în valoare de 500 lei a „Fundaţiunei Alexandru Christescu, comerciant.“

Sperăm că nu va trece mult timp şi vom puteà distribui încă 2—3 medalii de argint, mai multe medalii de bronz pentru meritele la studii şi teze de doctorat.

Iată textul regulamentului cu privire la premii sau menţiuni:

Art. 60. Pentru aî ncuragià şi recompensà pe studenţii, cari se disting la studii, Facultatea acordă menţiuni pentru tezele de doctorat.

Proectul facultăţilor prevedeà în loc de menţiuni, medalii. Ministerul a modificat acest text, sub cuvânt că împărţirea de medalii ar fi foarte împovărătoare bugetului.

Donaţiunile particulare vor dispensà în viitor Statul de asemenea grele sarcini bugetare.

După art. 62, din regulament, menţiunea I-a se acordă în condiţiunile următoare.

„Candidatul va trebuì să obţină la toate examenele *minimum* câte 2 bile albe şi 1 roşie, să nu fi fost căzut la nici un examen, să nu fi fost pasibil de nici o măsură disciplinară, să fi obţinut la teza sa inaugurală nota *maximală, cu laude.*

Art. 63. Menţiunile a II şi III vor fi acordate de Consiliul facultăţii în ordine de merit, ţinându-se seamă de valoarea tezii şi de bilele obţinute la examene.

In urma referatului comisiunii compusă din d-nii profesori Măldărescu, Petrini Galaţi, Babeş, Toma Ionescu şi Marinescu Consiliul facultăţii, în unanimitate, a aprobat încheierea comisiunii admiţând a fi premiate următoarele 6 teze de doctorat în medicină din 43 cari au fost susţinute înaintea facultăţii în cursul anului şcolar, 1903—1904.

I. Consiliul acordă tezei inaugurale a d-lui dr. G. Severeanu având titlul «*Despre circulaţiunea arteriaiă a emisferelor cerebrale,*» *menţiunea I-a şi premiul o medalie de aur,* în valoare de 500 lei, *„Fundaţiunea Alexandru Christescu, comerciant“ pentru meritele la studii,* dezvoltate în prescriptul verbal al Comisiunii şi lucrării sale de *valoare ştiinţifică, originală,* care probează, că autorul a depus o muncă serioasă făcând cercetări metodice precum şi controlul diferitelor lucrări anterioare.

Doctorul G. Severeanu a trecut toate examenele sale cu note foarte bune având şi o conduită exemplară.

II. *Se acordă menţiunea II-a* următoarelor 2 teze:

a) Teza susţinută de d-l dr. G. Stoicescu având titlul *„Consideraţiuni asupra sarcomului primitiv clavicular, extirpaţia totală a claviculei.“*

b) Teza susţinută de d-l dr. E. Lampadaride având titlul *„Fracturile extremităţii inferioare a osului umeral la copii.“*

III. *Se acordă menţiunea III-a* următoarelor 3 teze:

a) D-l dr. Constantin D. Constantinescu, având titlul *„Contribuţiuni la studiul reumatismului plămânului şi a plevrei (forma preartropatică).“*

b) D-l dr. Isidor Zwilinger, având titlul *„Sfigmomanometria şi aplicaţiile ei în clinică.“*

c) D-l dr. V. I. Antonescu, având titlul *„Contribuţiuni la studiul clinic al şancrelor sifilitice extragenitale.“*

Inainte de a terminà, rog pe iubiţii noştri studenţi, să se unească cu mine pentru a aduce mulţumirile noastre Inalţilor demnitari ai ţerii, persoanele onorabile din societate şi domnilor profesori universitari, care au onorat cu prezenţa Domniilor-lor, mica noastră serbare şcolară, care va fi anuală de acì înainte.

In conformitate cu legea şi regulamentul, declar de astăzi deschise toate cursurile şi lucrările practice ale Facultăţii.

FAPTE CLINICE

Dr. G. Marinescu şi S. Cohen

CLINICA BOALELOR SISTEMULUI NERVOS

STUDII ASUPRA 3 CAZURI DE SIFILIS MEDULAR.

Am avut ocaziunea de a studià în mod amănunţit istoria clinică a 3 bolnavi, ce au prezintat diferite fenomene nervoase ce prezentau oarecare asemănare; localizarea acestor turburări, mersul boalei, precum şi rezultatul tratamentului mercurial, sunt atâtea puncte comune între ele. Pe de altă parte, aceste cazuri ne dau prilejul de a discutà chestiunea raportului dintre sifilisul medular şi tabes, precum şi rolul patogenic al Spirochetaei palida, în geneza leziunilor sifilitice. Mai mult chiar cât din bolnavii noştri, după ce s'au vindecat aproape complect de sifilisul spinal, a prezintat fenomene clasice de Tabes.

Vom începe cu istoria clinică a bolnavilor noştri.

OBSERVAŢIUNEA I.

Ion Dim. de 30 de ani, necăsătorit, telegrafist, intră în serviciul nostru la 12 Martie 1905 şi iese vindecat la 5 Aprilie 1905.

Antecedente hereditare. Tatăl bolnavului a murit de pneumonie la vârsta de 60 de ani. Mama sa în vârstă de 60 de ani trăeşte; ea este sănătoasă, energică şi foarte impresionabilă. Nu ştim dacă a existat sifilisul în această familie. Ei au născut 8 copii: 4 fete şi 4 băeţi, din cari mai trăesc 5. Doi băeţi şi o fată au murit: un băiat a murit de difterie, al doilea băiat în prima copilărie de o boală nespecificată; iar fata a murit de variolă la vârsta de 7 ani. O soră mai mare a bolnavului, care a avut dureri de cap încă de copilă s'a vindecat în timpul din urmă printr'un tratament mercurial. In colateralele ascendente găsim, că sora mamei bolnavului a murit de tuberculoză pulmonară. Nu găsim în familia bolnavului nostru nici un caz de alcoolism sau de maladii mintale şi nervoase.

Antecedente personale. Până la vârsta de vreo zece ani, bolnavul n'a avut nici o abatere sanitară. La această vârstă — pe când se aflà în clasa IV-a primară — a simţit deodată o cefalalgie cu caractere particulare şi cu o evoluţiune totdeauna aceiaşi. Durerea de cap începeà în regiunea occipitală mediană, unde bolnavul simţeà ca o apăsare din ce în ce mai dureroasă. De acì senzaţiunea dureroasă se urcà în sus spre vertex, percurgeà diametrul sagital şi se scoborà la faţă, la nivelul ochilor şi la rădăcina nasului.

Această cefalalgie se însoţeà de fotofobie, de greaţă şi uneori de vărsături alimentare sau biloase. Această criză se pare că nu apăreà după excese de citire sau de muncă fizică; ea apăreà spontaneu la perioade aproape regulate, distanţate uneori de 15 zile, alte ori de o lună întreagă. Durata lor de asemenea eră fixă: criza ţineà câtevà ore şi apoi totul intrà în linişte. La început suportabilă, cefalalgia a crescut în intensitate şi în timpul din urmă a devenit atât de mare încât bolnavul trebue să plece din serviciu. Ca s'o calmeze se închideà într'o odaie liniştită, se lungeà în pat şi-şi acopereà ochii cu batista. După risipirea crizei, bolnavul se sculà vesel şi bine dispus; dar simţeà o moleşală, o lâncezeală în tot corpul, care-l făceà incapabil câtvà timp de lucru. Analgezicele şi sedativele n'avea nici o putere să-i atenueze durerea sau s'o facă să dispară.

La 24 ani a avut o uretrită blenoragică, ale cărei simptome au reapărut după un interval de doi ani. In 1904 bolnavul a avut din nou o uretrită gonococică, care a avut o evoluţiune scurtă şi s'a vindecat printr'un tratament apropiat.

Tot la vârsta de 24 de ani bolnavul a avut un ulcer penian, care a apărut la 3 zile *după ultimul raport sexual* şi s'a vindecat în vreo 20 de zile. Iată caracterele clinice ale acestui ulcer. Ulcerul a fost unic, rotund „aproape matematic“ şi nedureros. Fundul său roşiu curat eră umectat de o serozitate săracă. Bolnavul nu-şi aminteşte dacă baza ulcerului eră dură sau moale, dar ştie bine, că şancărul i-a determinat o adenită supurată inghinală şi nici odată manifestaţiuni secundare sau terţiare.

Bolnavul aveà un caracter bun. N'a făcut nici odată abuzuri sexuale şi nici odată n'a făcut chefuri cu alcoolice. Ii plăceà bicicleta pe care o pedalà deobiceiu.

Istoricul boalei actuale. Pe la 20 fevruarie 1905, adică acum vre-o 20 de zile, pe o vreme geroasă şi aspră, bolnavul s'a apucat să curețe zăpada din curte împingând din greu cu o lopată de lemn. După câtva timp de activitate a simţit deodată o durere vie în regiunea sacrolombară, care iradià în regiunile inguinale, mai cu seamă în cea din partea dreaptă. N'a simţit nici o turburare sensitivă sau motoare în membrele inferioare şi a lăsat rânirea zăpezei nu din cauza durerilor sau a asteniei, ci de teamă, să nu se agraveze „răceala“, ce l'a cuprins deodată. După câtva timp de repaos durerile au dispărut şi bolnavul n'a mai avut nici o sensaţie supărătoare în timpul nopţii şi a doua zi de dimineaţă. Insă pe la ora 10 a. m. a acestei zile, pe când se aflà la biuroul său, bolnavul a simţit brusc, că-i renaste durerea vertebrală, că iea o intensitete mult mai mare ca înainte şi că iradià nu numai spre regiunile inguinale, ci şi prin gambe şi picioare, dela genuchi în jos. De astă dată bolnavul aveà sensaţiunea, că la mijloc este strâns într'o centură dureroasă şi că gambele sunt înconjurate de nişte carâmbi dureroşi şi constrictivi. In acelaş timp bolnavul aveà uşoară sipertermie şi o slăbiciune în membrele inferioare, caracterizată numai prin faptul, că nu mai puteà, să umble repede. Bolnavul atunci părăseşte serviciul, vine acasă pe jos şi consultă pe d-l dr. Costiniu, care pune provizoriu diagnosticul de gripă şi prescrie chinină etc. şi fricţiuni de terebentină, cari atenuează sensaţiunile dureroase. In acest timp bolnavul constată uimit, că nu mai poate să urineze şi că este constipat. Ca să combată constipaţiunea bolnavul luà sare amară, oleu de ricină etc.; cu toate acestea defecarea erà dificilă şi incomplectă, devenind imposibilă după trecerea primului bol fecal. Odată cu sforţările mari de defecare bolnavul îşi golià şi băşica urinară. Un fenomen interesent pe care l'a observat bolnavul, e că trecerea bolului fecal prin anus şi trecerea urinei prin uretră nu-i produce nici o senzaţiune de tensiune, de tact sau temperatură.

ceeace ne arată, că chiar în această epocă bolnavul aveà anestezia mucoasei anusului și a căilor urinare. Posibilitatea ce o aveà bolnavul să urineze cu ocaziunea sforțărilor de defecare, n'à durat decât vreo patru zile dela începutul boalei, când retențiunea a devenit absolută și micțiunea n'a mai fost posibilă nici cu ocaziunea defecării. Atunci boluavul continuând luarea purgativelor, a început să se ducă la spitalul Colentina unde i se făcea zilnic sondajul bășicei. In urmă bolnavul intră în serviciul d-lui dr. Herescu. Acì i se face cateterism evacuator și spălături vezicale ca să amelioreze iritațiunea căilor urinare inferioare. D-l dr. Herescu, observând că retențiunea nu este în funcțiune de nici un obstacol uretral, ajunge la convingerea că retențiunea depinde de turburări nervoase și trimite bolnavul la consultațiunea noastră dela Colțea. Acì constatăm într'adevăr dezordini mădulare și sfătuim bolnavul să intre în serviciul nostru.

A) Examenul general.

Starea prezentă. De talie mijlocie și de constituție generală gracilă, bolnavul are țesutul grăsos și muscular redus astfel, că pielea sa palidă și uscată permite plicaturi întinse. Capul său e simetric. Craniul dolicocefal pronunțat prezintă o înfundare liniară la nivelul suturei lambdoide. Fruntea e înaltă, verticală și netedă. Părul inserat normal a început să-i cadă de vre'o 10 ani încoace, deci cu mult înainte de aparițiunea șancrului. Ochii nu prezintă nici o particularitate patologică. Pupilele sunt egale. Vederea, foarte bună. Urechile au lobulii neaderenți; dar cea din stânga are heliul foarte plisat și pavilionul tinde să se termine cu un vârf la partea superioară. Nasul are nara dreaptă mai neregulată ca cea din stânga. Gura nedeviată. Limba simetrică e puțin saburală. Nu prezintă tremurături fibrilare sau fasciculare. Bolta palatină e foarte adâncă și ogivală. Dinții sunt curați; inplantarea lor e normală. Dintre ei lipsesc caninul superior stâng, primul molar inferior stâng, primul și al doilea bicuspid inferior drept și al doilea molar superior drept.

La trunchiu și la membre nu găsim nici o turburare de atitudine.

Vocea este clară. Murmurul respirator este nemodificat pe toată întinderea toracică a plămânilor. Percuțiunea și vibrațiunile sunt normale.

Matitatea și zgomotele cardiace suut normale. Arterele sunt neîngroșate. Pulsul e mic, ritmic, de frecouețǎ normală. Ficatul nu trece de marginea falșelor coaste. Splina, nepercutabilă. Rinichii nu se simt prin palparea bimanală. Bășica urinară dilatată ne dă o zonă de matitate, care se urcă până la ombilic. Organele genitale sunt bine conformate. Pe penis nu se vede nici o urmă pe locul unde altă dată a fost șancrul penian. Ganglionii limfatici sunt prinși în regiunile sternocleidomastoidiane, axilare și inguinale, ei nu se simt în regiunea suboccipitală.

B). Examenul special.

1) **Motilitatea.** *Mișcările active* sunt posibile pretutindeni și se îndeplinesc fără sforțare. Tot asemenea și mișcările pasive. Rezistența musculară e mică atât la membrele superioare cât și la cele inferioare. Ea e aproape uniformă atât de partea flecsorilor cât și de partea extensorilor etc.

Forța dinamometrică: drept = 80: stâng = 70 din.

2) *Sensibilitatea obiectivă.* Bolnavul are sensibilitatea normală la cap, membrele superioare și trunchiul. In celelalte părți prezintă turburări întinse ale sensibilității superficiale și ale celei profunde, cum se poate vedeà pe schemele alăturate.

a) *Sensibilitatea tactică.* Bolnavul prezintă o zonă de anestezie pe glandul penian, hipoestezie intensă pe jumătatea peronieră a gambei drepte, hipoestezie ușoară pe penis și jumătatea peronieră a gambei din stânga și turburări de localizare și de hipoestezie dealungul șanțului interfesier. Uretra anterioară și uretra prostatică deasemenea sunt anesteziate, căci trecerea unei sonde *Nelaton* nu deșteaptă nici o senzațiune. Sensibilitatea anală n'am căutat-o.

b) *Sensibilitatea dureroasă.* Turburările analgezice se suprapun întocmai pe schema turburărilor anestezice, Astfel găsim ușoară analgezie pe fața externă a gambei din stânga, o bandă de analgezie pe fața externă a gambei drepte, hipoalgezie pe penis și hipoalgezie intensă și alochirie dealungul șanțului interfessier.

c) *Sensibilitatea termică* prezintă aceeași topografie ca și sensibilitatea dureroasă atât pentru impresiunile calde cât și pentru cele reci.

d) *Sensibilitatea articulară.* (fig. 2-a) este abolită la degetele picioarelor, diminuată și nesigură la nivelul articulațiunilor tibiotarsiene. Ea este normală la rădăcinele membrelor inferioare şi în totalitatea membrelor superioare.

e) *Sensibilitatea vibratorie* (fig. 3-a). Bolnavul are anestezie vibratorie la picioare, la gambe, la coapse, la basin şi la coloana lombară, până la a XII-a dorsală unde e hipoestezie vibratorie. Anestezia este absolută aşà încât nici cele mai puternice vibraţii nu sunt percepute. In celelalte regiuni sensibilitatea vibratorie este repede şi clar simţită.

f) *Sensibilitatea la presiune* este diminuată în aceleaşi regiuni ca şi sensibilitatea vibratorie. Ca termen de comparaţiune s'a luat greutatea diapazonului, cu al cărui picior explorăm acest fel de sensibilitate.

Bolnavul nu poate să perceapă apăsarea provocată de greutatea diapazonului. Dacă însă apăsăm până la formarea unei gropiţe în părţile moi, atunci numai, el poate percepe apăsarea. Apăsarea ori cât de mare ar fi, rămâne nesimţită în regiunile unde osul e imediat sub piele, ca pe faţa internă a tibiei, pe maleole, calcaneu, etc.

g) *Sensibilitatea stereognostică* e normală.

Sensibilitatea sensorială e normală la ochi, nas, urechi şi limbă.

Simţul foamei şi al setei e de asemenea normal.

Sensibilitatea subiectivă. Bolnavul n'are dureri de cap. El nu simte nici amorţeală, nici furnicături, nici sensaţiuni termice, nici dureri fulgurante, terebrante etc. El are însă o sensaţiune de gol, ca şi când ar fi lipsit de această regiune. Apoi mai simte dureri constrictive în centură şi în gambe şi când merge i se pare că nu calcă pe pământ, ci pe cauciuc sau nişte arcuri pneumatice.

3) *Reflexele: pupilar*, conservat la toate excitaţiunile. Se pare însă, că pupila din dreapta reacţionează încet la lumină, pe când la acomodare contracţiunile iriene sunt rapide.

Faringian, normal.
Tricipital, normal.
Flexorilor, normale.
Abdominale, normale.
Cremasterianele, normale
Glandopenian, abolit.
Anal, abolit.

Rotuliane, conservate, dar prezintă o turburare în manifestațiunea sa, care consistă în lentoarea și în prelungirea duratei.

Achiliane, normale.

Plantare, normale.

Fenomenele lui Babinski nu se produc. Nu există trepidație epileptoidă.

4) *Turburările rezervoriilor.* a) *Micțiunea.* Bolnavul are retențiune complectă de urină; această retențiune nu s'a însoțit de incontinență prin exces, căci bolnavul a avut grija să fie sondat regulat. El nu simte de loc trebuință de a urinà și sugestiile în această privință rămân infructuoase. După evacuarea bășicei prin sondaj, el n'are alt sentiment decât o respirațiune mai liberă provocată de decompresiunea diafragmului. La începutul afecțiunii când retențiunea nu erà durabilă, am văzut că bolnavul poate să urineze prin forțarea mușchilor, cari iau indirect parte la micțiune. In urmă această posibilitate a dispărut și bolnavul făceà mereu uz de sondaj.

b) *Defecarea.* Bolnavul este constipat. El nu simte nici odată impresiunea, că-i vine să iasă afară și sforțările ce le făceà la începutul afecțiunii au fost zadarnice, astfel încât a fost silit dela început să recurgă la purgative.

c) In privința funcțiunii genitale, bolnavul ne spune că nu mai are erecțiuni și că dela începutul afecțiunei n'a avut nici o poluțiune. El are prin urmare și flascitatea penisului și retenție spermatică. Mai mult, bolnavul n'are nici o senzațiune lubrică și simte, că i-a dispărut și plăcerea de a se gândì la organismul sexual. El rămâne rece și nepăsător în fața ispitelor sexuale, fie sensoriale, fie imaginare. Această turburare sexuală cerebrospinală a apărut dela începutul afecțiunii, actuale, prin urmare cu câtevà zile înaintea constipației și a retenției de urină.

Examenul dinamic. Mersul. Bolnavul merge în mod ritmic dar prezintă următoarele particularități. Pașii sunt scurți și rari din cauza încetinelei cu care își deplasează membrele. Trecerea dela pasul posterior le cel anterior se face în mod normal, din când în când piciorul drept tinde să se sucească în varus. Bolnavul ostenește curând și nu poate de loc să alerge.

Subiectiv ne spune, că simte o jenă în timpul mersului, provocată de senzațiunea de constricție a gambelor, de sensațiunea că gambele și picioarele îi sunt mai grele și de frica ce o are să nu-i alunece piciorul înăuntru.

Am văzut, că bolnavul are o turburare subiectivă a sensibilității plantare. Când pune piciorul în pământ, el nu simte senzațiunea, că merge pe un plan solid și uniform, ci i se pare că umblă pe cauciuc sau pe niște arcuri pneumatice.

Dacă punem bolnavul să meargă cu ochii închiși el nu-și modifică pasul, în mod simțitor: umblă puțin în zig-zag și în momentul întoarcerii prezintă oscilațiuni în corp.

Pe scară el se urcă cu acelaș pas fără să se ție cu mâna de rampă. Acì ostenește foarte repede.

Dacă-l punem să steà în poziția soldatului și cu ochii închiși, atunci el se clatină având oscilațiuni din ce în ce mai mari și mai neregulate și tinde la cădere. Aceste fenomene sunt mai accentuate, când șade numai într'un picior.

Examenul urinei. E turbure. Nu conține serină, nici glucoză.

Examenul lichidului cefalorachidian 13 Martie. Scoatem 5 cmc. Lichidul e limpede și incolor. Presiunea sa e mijlocie, căci curge în picături precipitate. Centrifugare 15 minute. Nu se formează nici un depozit aparent la fundul conic al eprubetei. Fixarea prin căldură și alcool + eter. Colorațiunea dublă cu albastru de metilen și eosină.

Examenul microscopic. Pe toate preparatele vedem un număr nenumărabil de limfocite și destul de numeroase hematii. Nu se vede nici o polinucleară, nici o hematofagă. Pe ici pe colo câte o mononucleară.

Lichidul conține un nor de serină.

Ca tratament d-l profesor **Marinescu** prescrie injecțiuni cu biiodur de mercur în doza de 0 gr. 02 pe zi, cateterism vezical spălături vezicale cu soluțiuni de ac. boric, băi calde generale purgative.

La 12 Martie se face prima injecțiune, care din neobservare a fost făcută cu 0 gr. 04 de biiodur.

La 13 Martie bolnavul urinează spontaneu. Nu se face injecția mercurială. Seara nu mai poate urinà.

La 14 Martie. Retențiunea urinară e complectă. Se face injecții cu 0,02 biiodur.

15 Martie. Injecție. Se face sondajul numai de dimineață, căci *seara bolnavul are micțiunea voluntară.*

16 Martie. Bolnavul urinează singur şi continuă să urineze tot astfel fără dificultate până la ieşirea sa din spital. Constipaţia însă perzistă şi penisul e tot în stare de flascitate. Cercetând sensibilitatea canalului uretral constatăm, că bolnavul simte trecerea sondei mai ales prin uretra posterioară, pe de altă parte el însuşi simte trecerea jetului urinar în momentul micţiunii. Deci micţiunea a venit odată cu revenirea sensibilităţii canalului uretral. Fenomenul este foarte interesant, şi ne explică patogenia retenţiunii în cazul de faţă.

Se continuă injecţiunile cu câte 0,02 de biiodur.

20 Martie. Peste noapte bolnavul a visat un raport sexual şi erà gata „să facă o poluţiune, dacă nu se deşteptà la timp.“ El ne mărturiseşte, că a început să se gândească cu plăcere la raporturile sexuale, că fără să voiască, spiritul său e continuu preocupat de imagini lubrice, care-i deşteaptă plăcute emoţii.

Procedând la un nou examen al motilităţii şi al sensibilităţii găsim următoarele ameliorări:

a) *Motilitatea.* Mişcările active şi pasive sunt libere la toate articulaţiunile. Rezistenţa musculară e mai mare ca înainte la toate segmentele şi atât în partea flexiunii cât şi în acea a extensiunii. Bolnavul se dă jos din pat cu foarte mare uşurinţă. Punându-l să steà în poziţia soldatului cu ochii închişi el prezintă câtevà oscilaţiuni de o mică amploare, care dispar în urmă şi bolnavul rămâne apoi într'un echilibru aproape stabil. Dacă îi spunem să-şi ridice un picior — ochii fiind mereu închişi — atunci oscilaţiunile devin intense, neregulate, bolnavul se sprijină cu mâinile în aer şi tinde să cadă în braţele noastre. Marsul este bun şi sigur chiar cu ochii închişi. El se întoarce repede, nu mai merge în zig-zag şi nu mai are senzaţiunea, că umblă pe cauciuc.

b) *Sensibilitatea profundă.* Sensibilitatea vibratorie începe să fie percepută însă nu în toate regiunile. Astfel găsim: 1) anestezie la primele trei lombare precum şi la picioare, dela ultimele falange la articulaţiunile tibio-tarsiene; 2) hipoestezie foarte uşoară şi repedea oboseală a senzaţiunilor la gambe şi la sacrum şi 3) uşoară hipoestezie la ultimile două vertebre lombare la oasele iliace şi la coapse. (Fig.).

Sensibilitatea la presiune. La picioare nu se percep nici cele mai profunde apăsări. La gambe găsim o hipoestezie mai mare la nivelul fețelor interne ale tibiilor și o ușoară hipoestezie în restul gambelor. Pe coapse găsim o foarte ușoară hipoestezie pe părțile laterale. La basin sensibilitatea la presiune ni s'a părut normală. Cum vedem, această anestezie la presiune coincide în topografia sa cu schema anesteziei vibratorie.

Sensibilitatea articulară. E normală pretutindeni, afară de nivelul celui d'al doilea deget dela piciorul drept, pe care-l confundă cu al treilea. Afară de această turburare, el nu-și dă seama de direcția mișcării, ce o imprimăm acestui deget.

Se continuă injecțiunile cu 0,02. Gargară. Purgative.

25 Martie. Pentru prima oară dela începutul boalei, bolnavul are o defecare spontanee. (Eri nu i s'a dat purgativ) Sensibilitatea și reflexul anal au revenit.

27 Martie. Defecarea a fost normală și eri și astăzi.

28 Martie. Peste noapte are o semierecție. Bolnavul se simte extrem de fericit.

Procedând la un nou examen al sensibilității constatăm următoarele:

a) *Sensibilitatea tactilă* e normală pe membrele inferioare. Pe penis găsim anestezie, pe scrot hipoestezie, și pe dunga interfesieră, alochirie.

b) *Sensibilitatea dureroasă.* Găsim pe gambe câtevà puncte de analgezie și de întârziere a senzațiunilor. Hipoalgezie pe penis și în regiunile lombosacrate.

c) *Sensibilitatea termică* e normală.

d) *Sensibilitatea vibratorie.* Găsim numai o zonă de hipoestezie foarte ușoară pe picioare. Pe gambe ca și pe brațe vibrațiunile durează în mijlociu câte 30 de secunde.

e) *Sensibilitatea la presiune* ne oferă o zonă de hipoestezie foarte ușoară la picioare, corespunzând cu hipoestezia vibratorie.

f) *Sensibilitatea articulară* e normală.

Bolnavul suportând bine mercurul și ameliorările fiind din ce în ce mai marcate, mărim doza de mercur și fac în fiecare zi câte 0,04 de biiodur în fese.

31 Martie. Bolnavul are peste noapte o erecțiune complectă, care s'a repetat mereu în urmă.

4 Aprilie. Hipoestezia la vibrare și la presiune dela picioare a dispărut complect. Hipoestezia peniană și fesieră a dispărut şi ea: astfel încât bolnavul are acum *şi integritatea fisiologică a sensibilităţii şi a motilităţii şi a rezervorilor.*

5 *Aprilie.* Se congediază, recomandându-i-se să vie la consultaţiunea noastră gratuită pentru continuarea tratamentului.

* * *

20 *Maiu.* Revăzând bolnavul, după 45 de zile dela încetarea tratamentului, ni se plânge de o senzaţie de constricţiune a ambelor gambe şi de o uşoară slăbiciune în mers şi ne mărturiseşte, că a început o nouă serie de injecţii din cari până acum a făcut numai două. Recomandăm bolnavului să întrerupă provizoriu orice tratament şi îi spunem să vie la 1 Iunie la spital pentru un nou examen.

1 *Iunie.* Procedând la examenul obiectiv nu găsim nimic din partea sensibilităţii decât o uşoară hipoestezie tactilă pe glandul penian. Mişcările active sunt libere. Rezistenţa pasivă e bine conservată la toate grupurile musculare. Reflexele tendinoase sunt conservate: ele se produc foarte uşor şi rapid. Reflexul pupilar, faringian, abdominal, glandular, cremasterian, anal şi plantar, normale. Nu mai are oscilaţiuni în reacţiunea verticală. Merge cu ochii închişi fără să şovoească. Urcă şi scoboară scările cu multă înlesnire şi a făcut drumul dela Bucureşti la Pantelimon pe bicicletă.

I se recomandă continuarea tratamentului specific.

OBSERVAŢIUNEA II

Elisabeta D. de 40 de ani, văduvă, menajeră, intră în serviciul nostru la 6 Septemvrie 1905.

Antecedente hereditare. Tatăl bolnavei trăeşte; e în etate de 65 de ani; e sănătos. Mama sa a murit la vârsta de vreo 30 de ani, probabil de febră tifoidă. Ea a născut mai mulţi copii, între cari au fost şi două lepădături, în prima şi a cincea facere. Bolnava noastră, care nu ştie nici măcar numărul exat al facerilor nu ne poate da nici un detaliu asupra acestor avorturi. Din aceşti copii mai trăesc numai doi, bolnava noastră şi un frate mai mare, care e însurat şi e cam bolnăvicios. Toţi ceilalţi copii au murit în vârsta fragedă, din cauza boalelor infecţioase.

Antecedente personale. Bolnava a suferit în copilărie de rugeolă, difterie; la 10 ani de scarlatină și malarie; iar la 30 de ani a avut febră tifoidă de care a suferit 6 săptămâni. Menstruația a început pe la 14 ani. La început durà câte 10, 15 zile și erà însoțită de dureri vii prin pântece și fața anterioară a coapselor. In urmă după căsătorie durata a mai diminuat și durerile au dispărut. De prin Iulie 1905 bolnava e în menopauză. La doui ani dela căsătorie bolnava a avut un avort în luna a treia. După această întâmplare, bolnava a rămas cu o afecțiune genitală, caracterizată prin dureri în abdomenul inferior, prin menoragie, prin dureri în membre și prin scursoare. In 1897 este operată de d-l dr. Leonte, care-i face laparatonie sub-ombilicală și scapă astfel femeea de afecțiunea sa.

Femeea a trăit cu bărbatul său 13 ani și apoi a rămas văduvă, bărbatul său murind, probabil de tuberculoză. Acesta a avut blenoragie și la vreo 5 ani dela căsătorie a avut și un șancru sifilitic. urmat după vre'o două luni de plăci mucoase labiale, cari s'au vindecat printr'un tratament apropiat, prescris de un doctor.

Bolnava nu știe dacă ea însăși a avut vreun șancru sau alte manifestațiuni sifilitice. N'a abuzat de alcoolice. N'a fumat tutun nici odată. Prin 1902, a avut o afecțiune chirurgicală în vecinătatea perineului drept. In spital i s'a administrat pilule cu opiu ca să se constipe. După ce plaga s'a vindecat. bolnava a rămas complect constipată și de atunci a recurs întotdeauna la purgative.

Istoricul boalei actuale. Prin Iunie 1905, pe când bolnava se aflà la băile Govora a fost apucată într'un mod brusc de niște dureri enorme, localizate la cap și în toată înălțimea spinării sacrolombare. Durerile au apărut fără vreo cauză aparentă ele erau continue ziua și noaptea; însă noaptea violența lor creștea atâta, încât bolnava plângeà cu hohote și nu-și mai găsea locul. După vreo trei săptămâni de suferințe cefalalgia a dispărut; însă rachialgia s'a menținut cu aceleiași caractere și s'a acompaniat de furnicături și de înțepături prin ambele membre inferioare. Prin Iulie bolnava se simțeà rău în toată starea generală. Aveà călduri subiective, o moleșală prin tot corpul și o greutate în membrele inferioare. Ea nu mai puteà să alerge, nici chiar să umble ceva mai mult și evità plimbările. Gustul i se pervertise, pofta de mâncare îi dispărù și somnul îi erà turburat de rachialgie. Ea nu consultă nici un medic şi suferi durerile şi slăbiciunile până ce ajunse în Bucureşti. La 1 August porneşte spre Bucureşti. Venind sprea gara . . . . . în trăsură e apucată de ploaie şi de răceală aşà încât ajungând în gară s'a amorţită de frig şi picioarele se inţepeniseră încât abià puteà să umble. După ce a venit în Bucureşti, furnicările şi amorţeala membrelor inferioare făcură progrese, membrele se ingreunară din ce în ce mai mult, mersul deveni mai dificil şi mai nesigur, astfel, că bolnava trebuià să se razeme de pereţi şi de mobile.

In sfârşit ea nu mai poate umblà de loc şi pe la 15 August cade la pat. Membrele inferioare îi deveniră flaşce şi bolnava nu mai putù face nici o mişcare cu ele. Turburările de rezervorii nu s'au modificat: bolnava continuă să aibă constipaţie şi micţiunea frecuentă ca şi mai nainte de a începe fenomenele mădulare. Pe la 25 August a apărut un edem nedureros şi elastic în toată lungimea membrului inferior stâng. Ea se duce în consultaţiunea d-lui dr. Manu-Muşcel, care o trimite în serviciul nostru.

Starea prezentă. A) *Examenul general*. Bolnava de talie mijlocie are o constituţiune debilă. Pielea sa palidă şi uscată, prezintă o cicatrice liniară subombilică şi o cicatrice lungă de vreo 10 cm. pe coapsa dreaptă în apropiere de plica genito-crurală. Musculatura e puţin desvoltată, flască. Ţesutul celulo-adipos e abundent la obraji şi abdomen. Nu notăm nimic din partea capului. Nu sunt semne de degenerescenţă; deschiderile palpebrale egale. Pupilele de asemenea, egale au conturul regulat, circular. Dinţii cam neîngrijiţi, sunt bine implantaţi. Incisivul superior lateral drept e cariat, câţivà molari tot aşà. Nu există nici o turburare de atitudine din partea toracelui şi a membrelor superioare. Membrele inferioare au atitudinea următoare: ele sunt în extensiune incomplecte şi în rotaţie externă. Coapsele sunt în uşoară abducţiune şi repauzează pe faţa lor postero-externă. Gambele, uşor flexate pe coapse sunt îndepărtate în partea lor superioară şi apropiate în partea lor podalică.

Ele repauzează pe faţa lor externă şi delimitează împreună cu coapsele un spaţiu romboidal. Picioarele sunt în extensiune. Ele sunt lipite prin călcâie şi repauzează pe marginea lor externă, mai cu seamă în partea stângă.

Membrele inferioare se disting unul de celălalt şi prin volumul lor. Astfel membrul stâng este mult mai voluminos decât cel drept din cauza unui edem elastic generalizat, dela degete laplica inghinală. Diferența este destul de mare și se poate vedeà după cifrele următoare:

La 20 cm. sub spină ib. a. sup.	Circomferința coapsei	drepte	=44 cm.
	— —	stângi	=57^5 „
La 15 cm. sub articulația genuchilor	Circomferința gambei	drepte	=31 cm.
	— —	stângi	=35 „
La 5 cm. deasupra maleolei interne	— —	drepte	=22 „
	— —	stângi	=24 „

Murmurul respirator, normal. Vocea clară. Bătăile cardiace normale. Pulsul regulat, slab, 75 pe minut. Arterele nu sunt îngroșate. Splina e percutabilă într'o zonă de un lat de mână. Ficatul normal.

I. Examenul sensibilității.

Sensibilitatea obiectivă. 1) *Sensibilitatea generală.*

a) Sensibilitatea tactilă. Găsim hipoestezie ușoară pe membrele inferioare, organele genitale, fese, precum și pe jumătatea inferioară a spațiului costo-iliac stâng.

b) Sensibilitatea dureroasă. Găsim hipalgezie pe membrul inferior drept precum și pe porțiunea corespondentă a spațiului ilio-costal. In dreapta găsim hipalgezie numai pe fața anterioară a Coapsei. Deasupra ombilicului o bandă de hiperalgezie.

c) Sensibilitatea termică este mai puțin atinsă. Schema este identică cu acea a sensib. dureroase. Dacă prelungim Contactul excitantelor, atunci bolnava distinge bine și caldul și recele, dar cu o oare care întârziere. Dacă contactul este mai scurt, atunci constatăm dizestezie.

d) Sensibititatea vibratorie e normală.

e) » *la presiune* e normală.

f) » *articulară* este hipoesteziată la degetele piciorului stâng. Bolnava simte că îi facem mișcări pasive la degete, dar nu poate indicà exact direcția mișcării.

g) Sensibilitatea obiectivă senzorială, e normală.

h) Sensibilitatea subiectivă. Bolnava se plânge de dureri „de moarte“ localizate în regiunea lombară, de unde radiază spre abdomen. Durerile sunt Intense, constrictive și dă impresiunea că e strânsă cu un brâu. Această rachialgie este continue și devine insuportabilă în timpul nopții. Afară de aceste dureri bolnava se mai plânge de amorțeală, care se află în lombele și în flancul stâng, în toată înălțimea membrelor inferioare, în anus și în organele genitale externe. Nu se plânge de cefalalgie. Pofta de mâncare e diminuată.

Reflexele pupilar normal
faringian, normal,
maseterin, exagerat.
Olecranianul drept, exagerat
„ stâng, mai puțin exagerat
radiale și flecsoare drepte exagerate
„ „ stângi, exagerate,
supinator drept f. exagerat.
„ stâng nu se produce.
Abdominalele superioare conservate
„ medii abolite
„ inferioare abolit
rotuliane, abolite
achiliane, abolite
plantare, conservate.

Semnul lui Babinski, se produce foarte evident la ambele picioare. Nu se poate provocà trepidația epileptoidă.

II. Motilitatea.

a) Mișcările active. Mișcările voluntare sunt normale la muschii capului și ai membrelor superioare. Forța la dinamometru este însă scăzută: dr = 50; st = 40. Aceiași scădere se constată și la mușchii trunchiului, căci bolnava nu se poate ridicà din decubitul dorsal în pozițiunea șezândă.

Mișcările active ale membrelor inferioare sunt grav compromise. La membrul pelvian stâng mișcările sunt cu totul abolite în toate segmentele sale. El rămâne inert la ori ce tentativă de mișcare.

Mișcările active ale membrului drept sunt abolite la șold, la genuchiu și la degete. Singura mișcare posibilă e numai flexiunea și extensiunea piciorului pe gambă. Flexiunea e posibilă în limite foarte restrânse, încât bolnavi abià își poate apropià piciorul de verticală.

b) Mișcările pasive. Sunt libere în toate segmentele membrelor superioare, ale capului și trunchiului și ale membrului inferior drept. La membrul pelvian drept întâmpinăm o ușoară rezistență la flexiunea coapsei pe basin și a gambei pe coapsă.

c) *Rezistența musculară* este diminuată la membrele superioare și nulă la cele inferioare.

d) *Mersul* imposibil. Dacă ridicăm bolnava în picioare, acestea se îndoesc subt dânsa și bolnava cade ca o cârpă.

IV) Turburările de rezervorii.

Bolnava suferă de constipație încă cu mult înaintea paraplegiei sale. Ea n'are nici odată sensația somatorie și ia într'una purgative. Când iese ea nu simte trecerea bolului fecal.

Micțiunea e foarte frecventă, bolnava urinează de vreo 10 ori ziua și tot de atâtea ori în timpul nopții. Micțiunea e imperioasă și dacă nu e satisfăcută numai decât, bolnava urinează pe sine. Trecerea urinei prin uretră nu trezește nici o sensațiune tactilă sau termică.

Examenul uriuei. Nu conține album. nici glucoză.

Examenul lichidului cefalorachidian. Se scoate 5 cm. de lichid limpede și incolor, care se scurge în picuri repezi. Examenul microscopic ne arată o limfocitoză abondentă. Câte 20 de elemente pe câmpul de imersiune.

Diagnosticul clinic. Paraplegie flască sifilitică.

Tratament. Se prescrie injecțiuni cu biiodur de mercur, câte 0 gr. 02 în fiecare zi. Gargară de clorat de K.

Eboluțiunea boalei. 7 Septembrie 1905. Bolnava are retențiune complectă de urină. Se face prima injecțiune mercurială și se recomandă sondajul zilnic. Introducerea sondei uretrale nu provoacă nici o senzațiune.

8 Septembrie. Turburările de sensibilitate sau mai accentuat. Apare anestezie pe fața internă a gambei stângi și hipoestezia trunchiului se urcă până la jumătatea distanței ombilico-xifoidiane. La membrul inferior drept apare o zonă de hipoestezie pe fața dorsală a piciorului la călcâi și la degete. La sensibilitatea dureroasă constatăm o analgezie a membrului inferior drept și a feței corespondente. Pe talpă numai hipalgezie. Sensibilitatea, termică. Dizestezia a cotropit și membrul inferior stâng. Scobitura ambelor plante au sensibilitatea normală. In dreapta abdomenul e prins până la ombilic: în stânga hipoestezia termică se urcă până la jumătatea distanței ombilico-xifoidiane. Simțul articular e abolit numai în dreapta: celelalte sensibilități profunde sunt normale.

10 Septembrie. Se continuă injecţiunile şi sondajul. Se notează o ameliorare în mişcările active ale piciorului stâng. Pe lângă mişcările de la gâtul piciorului, bolnava mai poate face mişcări şi în degetele acestui picior.

11 Sept. Se face ultimul cateterism al băşicei. De câteva zile bolnava începuse să simtă trecerea sondei prin uretră. *După prânz bolnava urinează spontaneu.* Sensibilitatea uretrală este normală, căci acum bolnava simte contactul şi temperatura urinei şi-şi dă seama de momentul finirei actului micţional. Mişcările voluntare au apărut şi la piciorul drept, cu care bolnava face mişcări în articulaţiunea tibio-tarsiană.

Reflexele rotuliane au revenit în ambele părţi; în stânga e însă puţin aparent. Reflexul achilian drept a revenit şi el; în stânga e încă abolit, Semnul lui Babinski persistă la ambele picioare.

12 Septemvrie. Se face a şasea injecţiune cu biiodur şi se întrerupe tratamentul din cauza unei stomatite. Se extrag trei dinţi cariaţi şi se ating gingiile cu tinctură de iod. Edemul membrului pelvian persistă.

14 Sepsemvrie. Reflexele abdominale inferioare continuă să fie abolite; tot asemenea este şi reflexul abdominal mediu drept cel mediu stâng e abolit, abdominalele superioare se produc ca şi înainte.

15 Septemvrie. Reflexele abdomlnale mijlocii se produc în ambele părţi; ele sunt diminuate mai ales în stânga. Reflexul abdominal inferior abià se percepe.

Mişcările membrelor inferioare fac progrese evidente, bolnava face acum şi flexiunea gambei pe coapsă, încet şi târând călcâiul corespondent pe planul patului. In dreapta poate face aceiaş mişcare dar cu mai multă încetineală şi cu o amplitudine mai mică.

Sensibilitatea obiectivă s'a ameliorat foarte mult, cum se vede pe schemele alăturate (Fig.).

a) *Sensibilitatea tactilă.* A mai rămas o zonă de hipoestezie pe marginea stângă a trunchiului şi pe marginea externă a treimei superioare a coapsei.

b) *Sensibilitatea dureroasă.* Hipalgezia are aceaşi topografie. *Sensibilitatea termică*, tot asemenea.

Sensibilităţile profunde sunt normale.

Simţul articular e tot abolit pentru degetele piciorului stâng şi normal pentru partea dreaptă.

17 Sept. Mişcările active sunt mai manifeste. Bolnava poate îndoì genuchiul stâng, până ce gamba iea o direcţiune verticală pe planul patului. In dreapta această mişcare e mai liniştită: acì genuchiul abià se ridică de vreo 15 cm. deasupra planului patului. Se reîncep injecţiunile cu biiodur.

22 Sept. Mişcările membrelor sunt şi mai întinse, acum bolnava poate ridicà membrele în întregime deasupra patului. Negreşit, că în stânga mişcările sunt mai întinse şi rezistenţa mai mare. Se întrerup injecţiunile din cauza stomatitei.

25 Sept. Bolnava poate să se deà jos din pat, se ţine pe picioare şi chiar face câţivà paşi sprijinită de un baston. Mersul nu-i spasmodic. In mers piciorul drept, care e mai slab, e târât puţin pe sol.

9 Oct. Mersul e mult ameliorat. Turburările de sensibilitate au dispărut complect. Reflexul rotulian drept e evident, însă nu-i spasmodic; cel stâng e mai diminuat. Reflexul achilian drept normal; în stânga e abolit. Reflexele cutanate normale. Reflexele tendinoase ale membrelor superioare sunt exagerate, mai cu seamă în dreapta. Reflexele faciale, exagerate. Rezistenţa musculară este aproape invincibilă în muşchii extensori ai ambelor membre inferioare. Rezistenţa flexorilor din contră este diminuată mai cu seamă la piciorul drept, unde o învingem aproape fără nici o sforţare. Edemul perzistă. Tot asemenea şi semnul lui Babinski.

In total se face acestei bolnave numai opt injecţiuni cu câte 0,02 de biiodur, dela 6 Septemvrie la 22 Septemvrie, când se întrerup din cauza stomatitei.

La 20 Octomvrie. Reexaminând lichidul cefalorachidian găsim o limfocitoză foarte moderată. De unde înainte de tratament limfocitoza a fost reprezentată în mijlociu cu câte 20 de elemente pe câmpul de imersiune, acum găsim câte 1.2 limfocite pe acelaş câmp.

OBSERVAŢIUNEA III

Ştefan L. de 33 de ani, necăsătorit, pictor. Intră în serviciul nostru la 13 Decemvrie 1901 şi ese la . . .

Iată observaţia acestui bolnav, luată de d-l dr. Strominger, pe atunci intern al serviciului.

Antecedente ereditare. Tatăl său a murit în vârstă de 52 de ani; el nu ştie cauza morţii sale: dar ne spune că a fost rumatizant. Mama sa a murit la vârsta de 54 de ani, de pneumonie. Au fost opt copii: şapte băeţi şi o fată. Cinci au murit în copilărie. O soră de şapte ani a murit de meningită. Mai are încă un frate de 31 de ani, care este sănătos, este însă cam slab. Nu găsim nici o boală nervoasă sau mintală în colateralele părinţilor săi.

Antecedente personale. Nici o boală în prima copilărie; variolă la 6 ani, ale cărei urme se mai văd şi acum pe faţă. La 13 ani a suferit de gripă, forma toracică. La 17 ani a avut blenoragie. La 21 ani a avut un şancru preputial, dar, care a durat vreo lună de zile. La 15 zile dela ivirea şancrului a avut manifestaţiuni secundare în gât. El a urmat timp de 3 ani tratamentul mercurial însă într'un mod neregulat şi mai mult pe cale gastrică. La 23 de ani a suferit timp de vreo 15 zile de friguri; nu putem şti, dacă a fost febră tifoidă. Bolnavul ne mai spune că încă din copilărie suferă de accese de migrenă cu turburări sculare. Durerile sunt violente; ele ţin aproape 12 ore, după aceea diminuă şi dispar. Accesele revin aproape regulat la 15, 16 zile. N'a urmat nici un tratament în contra acestei migrene. A suferit de pitiriasis vesicular, de care nu s'a vindecat însă complect. Dela 16 ani suferă de hemoroizi. Este foarte des constipat. N'a făcut abuzuri genitale. N'a băut multe alcolice şi a fumat moderat.

Istoricul boalei actuale. Prin Aprilie 1900, a simţit o durere sacro-lombară, durere fixă, intermitentă. Durerile n'au fost atât de violente, însă-l supărau mult. Aceste crize dureroase au durat până pe la 8 Decemvrie 1901. Incă de pe la începutul boalei el a observat, că mersul îi devenià mai greu; el nu puteà să flecseze bine gambele, picioarele îi slăbeau şi le târà puţin în mers. La 8 Decemvrie 1901, vrând să se urce pe o scară, a observat că nu mai puteà să urce bine treptele, In urmă a umblat din ce în ce mai greu, până când în cele din urmă mersul i-a devenit aproape imposibil, aşà încât a fost nevoit să rămâie la pat. In tot timpul acesta a început să aibă dureri foarte uşoare dealungul membrelor inferioare şi turburări în rezervorii. Micţiunile au fost cam dificile. căci nu puteà să expulzeze bine urina. A fost constipat, cu toate astea de câteva zile a remarcat, că simte o necesitate imperioasă de a defecà, căreia nu i se poate opune.

Starea prezentă. De constituție bună, sistemul osos și muscular bine desvoltat; este cam emaciat pe toată suprafața corpului. Prezintă numeroase cicatrice variolice pe față. Pupilele sunt egale, pe torace, în toată partea lui posterioară și în partea anterioară dela clavicule până la regiunile mamare se vede, că pielea e acoperită de numeroase squamule de coloare galbenă-brună, pe unele locuri confluente. iar în altele discrete, de mărimi variate. Ele sunt acoperite de mici depozite furfuracee; sunt puțin puriginoase și datează de câțiva ani. Nu se constată nici o diformațiune pe torace, pe abdomen sau pe membre. Coloana vertebrală este nedeviată. La examenul pulmonar se constată că inspirațiunea este puțin cam aspră la ambele vârfuri, dar mai ales la cel drept. Tusea în acecstă parte este mai svâcnitoare. Pulsul plin, moale destul de întens. Bătăile cordului re gulate, zgomotul II-lea dela aortă este mai tare lovit. Nimic particular la organele abdominale.

I) *Sensibilitatea obiectivă.* A) *Generală.*

a) *Tactilă*, conservată pe toată suprafața corpului.

b)*Dureroasă,* deasemeni e conservată. Se constată chiar puțină iperestezie la talpă.

c) *Termică* la căldură conservată; este puțin întârziată la gambe și picioare; de multe ori are dizestezie: în loc de cald simte durere. La frig este conservată, puțin întârziată la membrele inferioare.

Notă. Sensibilitatea profundă nu s'a căutat afară de simțul articular, care e conservat.

B) *Sensibilitatea sensorială.* Auzul conservat. Vederea de departe este puțin slăbită; de aproape este conservată. Gustul, mirosul, conservate.

Sensibilitatea subiectivă. Bolnavul se plânge de o durere în regiunea sacro-lombară, durere ce datează de acum un an. In membrele inferioare nu mai are dureri, ci numai o senzație de greutate și de jenă, la tălpile picioarelor simte furnicături și amorțeală, însoțite de o senzație de frig.

II) **Motilitatea.** *Mișcările active* ale capului și ale membrelor superioare sunt conservate.

Forţa la dinamometrul dr.=80; st.=65.

El nu se poate ridicà din decubit dorsal în cel fesier decât cu ajutorul mâinilor.

La membrele inferioare mişcările active sunt foarte reduse: nu poate ridicà aproape de loc membrele inferioare. Poate face numai o uşoară flexiune a gambelor pe coapse şi a coapselor pe basin. Mişcările piciorului sunt aproape complect conservate. Nu poate face decât o foarte puţină adducţiune şi abducţiune a coapselor.

Rezistenţa musculară atât a extensorilor cât şi a flexorilor membrelor inferioare este diminuată în ambele părţi, dar mai ales în stânga.

Mersul este foarte greu. Nu poate face bine flexiunea gambelor pe coapse, talpa nu părăseşte complect solul, o târşeşte şi calcă deodată pe toată talpa. Merge anevoe, cu picioarele îndepărtate şi se apleacă în dreapta şi în stânga.

Staţiunea în picioare este posibilă, însă bolnavul osteneşte repede. Cu călcâele apropiate şi cu ochii închişi nu poate să stea: cade imediat, dacă nu este susţinut.

III) **Reflexele,** pupilare reacţionează la lumina şi aconudare.
faringian, conservat.
rotulian abolit.
abdominale, conservate.
plantar, normal.
cremasterian, abolit.
fessier, conservat.

Nu se produce semnul lui Babinski în dreapta. In stânga se produce o uşoară reacţiune a degetului cel mai mare însă nu în totdauna.

IV) **Rezervoriile.** Are greutate în emisiunea urinei, micţiunea este mai prelungită, Este des constipat.

V) **Starea psihică.** Se notează o stare intelectuală cu totul particulară, răspunde puţin cam greu la întrebări, o uşoară apatie şi o expresie a figurei distrată şi cam preocupată. Memoria puţin diminuată. Este preocupat de boala lui, ceeace contribue a-l distrà. Starea generală este bună. Musculaţiunea trunchiului şi a membrelor este redusă şi flască. Somnul liniştit.

18 Decemvrie. Retenţie complectă de urină; o sondează şi se scoate vre-o 600 gr. urină. Constipaţia e complectă. Mişcările membrelor inferioare sunt din ce în ce mai reduse; nu poate face mişcări decât cu piciorul propriu zis. Durerea lombosacrată perzistă.

24 Decem. Constipat. Retenţie de urină. Sondaje zilnice. Clisme purgative.

25 Decem. Simte o slăbiciune în tot corpul; pulsul moale depresibil. Ameţeală. Se face o injecţie cu ser artificial şi cacodilat de sodiu. In urma injecţiei simte ameţeală, vărsături, tendinţă la sincope. Se dă cafea şi bromuri. După câteva minute revine.

30 Decem. Se plânge de câteva zile de turburări în vedere. Nu distinge bine forma obiectelor mai cu seamă cu ochiul drept. Se constată că pupila dreaptă este mai mică şi puţin neregulată, turtită în sens vertical amândouă, reacţionează mai încet la lumină, şi bine la acomodare.

Examenul ochilor. Câmpul vizual este diminuat în diametrul infero-intern şi superior la ochiul drept. La cel stâng în diametrul supero-intern. Cromatopsia, conservată.

Vederea. Ochiul drept = $^1/_4$; stâng $^1/_{10}$.

Distanţa medie de la care poate distinge bine forma obiectelor = 40 cm. Constipaţie, retenţie. Starea generală e ceva mai bună.

7 Ianuarie 1902. Are cefalalgie, ce iradiază la ochiul stâng, constipaţie. Uneori are micţiuni involuntare.

15 Ianuarie. Mişcările membrelor inferioare încep a revenì puţin; poate executà mişcări cu piciorul propriu zis drept; foarte puţine, aproape de loc în genuchiul drept. Nu poate ridicà membrul inferior drept deasuora patului. In stânga mişcările piciorului se execută bine; poate flecsà binişor gamba pe coapsă; abià poate ridicà membrul deasupra patului.

Căutându-se semnul lui Babinski se constată că în dreapta se produce o extensiune a tutulor degetelor; iar în stânga extensiunea numai a marelui deget.

17 Februarie. Mişcările membrelor inferioare se fac mult mai bine. A început să se facă şi mişcări în articulaţia coxofemorală. In generel mişcările membrului inferior stâng se fac mult mai bine. Reflexele tendinoase abolită. Staţiunea în picioare nu-i posibilă. N'are dureri. Constipaţie. Retenţia urinară a dispărut

25 Februarie. Tot nn se poate menţine în picioare. Sprijinit poate face câţiva paşi. Starea generala e bună.

3 Martie. Se poate susţine în picioare.

24 Augnst 1905. Făcând un nou examen clinic al bolnavului, constatăm următoarele turburări:

I) Sensibilitatea obiectivă.

1) *Sensibilitatea tactilă.* Bolnavul are un pieptar de anestezie care înconjoară în mod sinetric jumătatea infenioară a toracelui, începând de pe la a V-a coastă în jos. Marginea inferioară a acestui pieptar urmează perfect linia cutanată indicată de rebordul costal. Pe glandul penian constatăm anestezie; iar pe scrot, pe penis şi pe regiunea fesieră în şea găsim hipoestezie. Tot hipoestezie uşoară găsim pe eminenţele hipotenare şi pe cele din urmă două degete pe partea iufero-externă a gambelor, pe faţa dorsală a picioarelor şi pe faţa lor plantară, în regiunea scobiturii boltei plantare. In celelalte regiuni ale talpei hipoestezia este mai mare şi identică cu hipoestezia genitală şi fesieră.

2) *Sensibilitatea dureroasă.* Schema acestei sensibilităţi se suprapune schemii de sensibilitate tactilă; însă în loc de anestezia toracelui şi a jumătăţii cubitale a mânilor, avem hiperalgezie, căci înţepăturile cu acul, fie cât de superficiale, deşteaptă dureri insuportabile.

3) *Sensibilitatea termică.* Topografia sa este identică cu acea a analgeziei, numai că la spate hiperestezia termică costală se prelungeşte în jos până în reg. fesieră, unde se continuă cu hipoestezia termică a acestei regiuni.

4) *Sensibititatea articulară* este abolită la nivelul degetelor şi a gâtului picioarelor.

5) *Sensibilitatea vibratorie* este profund alterată. Găsim anestezie masivă la a V, VI, VII, VIII, IX, X, XI şi a XII coastă şi la porţiunea corespondentă a sternului şi a vertebrelor dorsale. (Dela a V-a la XII). Tot anestezie masivă mai găsim la coloana lombară şi la sacrum. La membrele inferioare găsim hipoestezie foarte mare la osul iliac stâng, la femurul stâng, la ambele ganobe şi la ambele picioare. La osul iliac stâng şi al femur găsim o hipoestezie vibratorie.

6) *Sensibilitatva la presiune.* Schema acestei sensibilităţii se supra pune aidoma schemei de vibrare.

In regiunea costală inferioară (dela al 5-lea arc costal în jos) găsim anestezie chiar la cele mai profunde presiuni. Pe faţa anterioară a corpului dela apendicele xifoid sternal la vârful degetelor dela picioare, constatăm hipoestezie. Aceiaşi hipoestezie se constată şi pe faţa posterioară a corpului, începând dela a V-a vertebră dorsală în jos.

7) *Sensibilitatea stereognostică* este normală.

Sensibilitatea subiectivă. Bolnavul se plânge de senzaţiuni intense de amorţeală, cari se află în torace, în membrele inferioare, în iminenţele hipotenare şi în degetele cubitale. Din când în când are dureri fulgurante prin membrele inferioare şi dureri constrictive aşà de mari încât bolnavul în ultimul timp credeà, că-şi dă sfârşitul. El n'are cefalalgie, n'are crize viscerale. El simte foarte slab trecerea prin uretră a jetului urinar, el simte foarte slab bolul fecal şi cu ocaziunea ultimelor încercări sexuale însăşi ejacularea treceà aproape nesimţită. Când merge bolnavul are senzaţiunea, că pune piciorul numai pe bumbac şi i se pare, că la fiecare pas piciorul se îngroapă în teren.

Sensibilitatea sensorială. Sensibilitatea lor e normală pentru auz, miros şi gust. La vedere cromatopsia este normală şi vederea distinctă cu ambii ochi, însă bolnavnl ne declară că ochii îi se ostenesc curând, că vederea i se turbură şi că în ultimul timp, când durerile şi amorţeala corpului au crescut, slăbiciunea ochilor erà aşà de intensă încât n'a mai putut pictà.

II) **Motilitatea.** 1) *Mişcările active.* Bolnavul execută toate mişcările cu ochii, cu faţa, cu capul, toracele şi membrele.

2) *Mişcările pasive* sunt libere în toate segmentele.

Rezistenţa musculară. La membrele inferioare ca şi la cele superioare resistenţa musculară este mare. Flexorii gambei pe coapsă sunt mai slăbiţi, mai ales în stânga. In această parte noi putem să întindem complect şi cu o singură mână gamba de pe coapsă. In dreapta nu putem îndepărtà gamba decât până la un unghiu drept.

Mersul. Bolnavul se poate aşezà pe marginea patului, el chiar tinde să se ridice în picioare, însă nu poate sta în această poziţiune decât susţinut. Dacă-l ţine de braţ, el merge cu paşii inegali, pasul făcut cu piciorul drept fiind întotdeauna mai scurt decât pasul stâng, căci rezistenţa de susţinere a membrului inferior st. e mai mică decât a celui drept. El talonează puţin şi tinde să îndepărteze picioarele în spre afară. Bolnavul ne spune că acum merge mai regulat, fiindcă şade la pat de vreo 20 de zile, în care timp a urmat o serie de injecţii cu calomel şi s'a odihnit însă înainte mergeà ataxic şi nu puteà să facă nici un pas fără baston.

Semnul lui Romberg este aşà de pronunţat încât, cum închide ochii, bolnavul cade ca trăsnit în braţele noastre, fără a face oscilaţiuni prealabile.

III) **Reflexele:** *pupilar*, conservat la acomodare; la lumină se contractă alene până la un moment, apoi nu se mai contractă, cu toată intensitatea luminoasă şi cu toate, că pupilele sunt încă dilatate.

Cornean şi *conjunctival*, conservate.
faringian, conservat.
tricipital, conservate.
flecsorilor, conservate.
abdominale —
cremasteriane —
glando-penian, abolit.
anal, conservat.
rotuliane, abolite.
achiliane, —
plantare conservate.

Nu există semnul lui Babinski.

IV) **Turburările rezervoriilor.** Când bolnavul se află în serviciul nostru acum 5 ani a avut pe lângă turburările urinare şi fecale notate în observaţia lui de d-l Strominger şi întinse turburări genitale, care conzistau în lipsa de erecţie, de ejaculare şi de imagini erotice, astfel încât bolnavul pe lăngă impotenţa sa fizică, mai aveà şi o obnubilare a diverselor imagini, cari sunt necesare în actul coitului. La eşirea din spital el a fost relativ bine în sfinctere până acum 3 luni, când turburările rezervoriale au reînceput.

In prezent constatăm următoarele turburări:

1) Micţiunea este dificilă şi foarte rară. El urinează numai de 2 ori în 24 ore: odată dimineaţa şi odată seara la dormire. El nu simte trebuinţa de a urinà şi somaţiunea de a urinà când îi vine la conştiinţă, îi vine numai atunci, când retenţia e prea mare şi când băşica se urcă prea mult în sus. Ca să urineze mai sus el comprimă hipogastrul cu pumnii până când începe să curgă urina.

2) Defecarea se face zilnic, însă cu mare dificultate.

3) Funcţiunile genitale sunt îngreunate. Bolnavul are erecţiune în fiecare dimineaţă, dar n'are poftă de raporturi sexuale, pe care nu le-a mai îndeplinit de vreo 3 luni încoace. Acum femeile nu-i mai produc decât un sentiment estetic. Atitudinea, forma şi coloritul lor nu-i provoacă nici o reacţiune genitală; el rămâne rece în faţa lor şi le consideră nu ca om tânăr, ci ca un pictor.

Inteligenţa. Funcţiunile psihice superioare, sunt conservate. Sentimentul conservărei pare abolit şi bolnavul nu mai are nici o speranţă pentru viitor. El se aşteaptă, să moară din moment în moment şi idea asta se însoţeşte cu o expresiune de fericire a figurei. „Mă aşteptam, să mor zilele trecute, că mă stinseseră durerile; dar văd că am scăpat. Când m'or luà iar, zice el râzând, atunci s'a isprăvit cu mine.

Starea generală. Bolnavul este slab şi deşirat, numai piele şi os. Dinţii sunt cei mai mulţi cariaţi, are hemoroizi şi pielea e acoperită cu zone întinse de pitiriazis versicolor. Pupilele sunt egale.

Expresiunea obrazului e continuu veselă şi zâmbitoare. Bolnavul râde mereu pentru lucruri neînsemnate, fără însă ca acest râs să aibă caracterul râsului spasmodic.

(Va urmà).

FAPTE ANATOMO-PATOLOGICE

Dr. S. Irimescu.

DOUA CAZURI DE SEPTICEMIE STAFILOCOCICA

Cazurile de septicemie provocate de stafilococul piogen auriu sunt relativ rare în literatura medicală. Canon (¹) în numeroase cazuri de septicemie, examinând sângele în cursul vieţei şi

---

(¹) *Bakteriologische Untersuchungen bei Sepsis.* Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 43; *Zur Aetiologie der Sepsis, Pyämie und Osteomyelitis auf Grund bakteriologischer Untersuchungen des Blutes.* Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1894. XXXVI Heft 5. u. 6.

post mortem, a găsit foarte puţine cu stafilococ. Petruschky (¹) din 59 cazuri examinate în cursul vieţei a avut în 17 rezultate pozitive. In două numai din ele a găsit stafilococul. Grawitz (²) din 4 cazuri a găsit două cu stafilococ. Sittmann (³) din 53 cazuri, 11 cu stafilococ. Kühnau (⁴) din 25 cazuri de septicopyemii a găsit numai de 3 ori streptococi şi stafilococi.

Hirschlaf (⁵) din 7 cazuri, 4 cu stafilococ.

In unele cazuri de pyemii, Garré, Weichselbaum, Doyen, Netter semnalează prezenţa stafilococului în sânge.

Tezele lui Mercier (Paris, 1900) şi a lui Mathieu (Paris 1901) conţin un număr de cazuri de stafilococie generalizată.

Din această scurtă revistă generală se poate vedea că în cazurile de septicemie, stafilococul se găseşte puţin frequent în sângele examinat în cursul vieţei.

Pentru examenele bacteriologice făcute post-mortem statistica mare a lui Simmonds (⁶) arată că stafilococul nu se găseşte în sânge decât foarte rar (29 cazuri cu stafilococ din 1200 examinate bacteriologic). De câte ori stafilococul a fost găsit în sânge în cazurile examinate de Simmonds, rolul său patogen a fost absolut cert (6 cazuri de osteomyelită, 20 de septicemie şi pyemie, trei de phlegmoane, infecţii puerperale, furonculoză şi anthrax). In toate aceste cazuri n'a putut fi vorba de o invazie post mortem a sângelui cu stafilococ.

In cazurile pe cari le-am putut observà, am luat sânge din cord pentru însămânţări câteva ore (3—5 ore) după moarte, aşà încât prezenţa stafilococului nu poate fi datorită unei invaziuni a microbilor în timpul cât a trecut între moarte şi autopsie.

(¹) *Untersuchungen über Infection mit pyogenen Kokken*. Zeitschr. f. Hygiene 1894. XVII.

(²) *Beiträge zur Bakteriologie des Blutes nebst Bemerkungen über die durch Bakterienwirkung bedingten Veränderungen der Blutmischung*. Charité Annal. 1894 XIX pag. 164.

(³) *Zur Diagnose der Septikopyämie*. Münch. med. Wochenschr. 1895 No. 3.

(⁴) *Uber die Resultate u. die Leistungsfähigkeit der bakteriologischen Untersuchung im Dienste der klinischen Diagnostik*. Zeitschr. f. Hyg. 1897. XXV. Heft 3.

(⁵) *Bakteriologische Blutuntersuchungen bei septischen Erkrankungen*. Deutsche méd. Wochenschr. 1897. No. 48.

(⁶) *Uber bakteriologische Blutuntersuchungen an der Leiche*. Virchows Archiv 1904. Bd. 175. He. 3.

Leziunile constatate în cari stafilococul se găsește abondent exclud de asemenea această eventualitate. Socotesc dar, că din punctul acesta de vedere, constatările făcute prezintă oare care interes.

Ceea ce m'a decis pe de altă parte să public aceste cazuri sunt condițiile în cari le-am putut observà. In primul caz e vorba de o septicemie la un paralitic general; în cel de al doilea simptomele și faptul că exista o epidemie într'o localitate apropiată, făcuse să se creadă, că era vorba de un tifos exantematic. Cercetările bacteriologice au explicat evoluția rapidă a paraliziei generale în primul caz — o lună numai dela debutul fenomenelor de turburări mintale — și în cel de al doilea au permis un diagnostic precis, destul de important de stabilit, din punctul de vedere al măsurilor preventive.

Observația primului caz e pe scurt următoarea:

Bolnavul în etate de 43 ani, comptabil, a intrat în serviciul medical al profesorului Obregia, în ospiciul Mărcuța, la 20 Ianuarie 1904.

Primele semne de turburări mintale s'au manifestat în Decembrie 1903. La această epocă, făcând cheltueli absolut disproporționate cu mijloacele sale, familia în urma unui consult medical, a dispus internarea sa mai întâiu în casa de sănătate a profesorului Suțu și apoi la Mărcuța.

Bolnavul prezintă la intrarea sa în ospiciu fenomene tipice de paralizie generală asupra cărora, din punctul de vedere al septicemiei e inutil de a insistà prea mult.

Pupilele neegale nu reacționau la lumină.

Organele toracice și abdominale normale.

Pareză vezicală, așa încât bolnavul trebuià să fie sondat pentru a puteà urina. Urina nu conținea albumină.

Pe membrele superioare și inferioare existau numeroase excoriații. Bolnavul erà incontinent. Somnul foarte agitat, așa încât nu dormeà decât cu hipnotice. Mersul titubant. In ceeace privește starea psihică, fenomenul dominant erà agitația sa continuă. El gesticulà și vociferà fără nici un motiv. Neasociabil cu ceilalți bolnavi, turbulent, neliniștit, cu orientația în timp și spațiu pierdute. La examenul clinic se supunea de bună voie, dar deseori în timpul acestui examen începea a delirà și a face acte desordonate. Un gest pe care-l executà cu predilecție erâ de a se spălà cu urină pe cap și pe față și de a se fricționà apoi pe corpul întreg. Memoria trecutului și a prezentului cu lacune. Vorbirea foarte încurcată, așà încât numai cu greu se înțelegea ceeace voeà să spună. Ideațiunea în sensul delirului de grandoare. El cereà cu insistență hârtie și cerneală pentru a dresà planuri de construcții gigantice, vorbeà de flote de război pe cari le-ar puteà mobilizà ori și când ar voi, de ordinele sale care la moment ar schimbà cursul apelor etc. etc.

A doua zi după intrarea sa în ospiciu agitația erà și mai pronunțată. I-s'au prescris, cearșafuri și băi calde, bromur de potasiu.

A treia zi, s'a produs o ușoară ascensie termică. (38,2). Celelalte simptome au persistat ca în zilele precedente.

A patra zi, starea generală se agravează.

Pe corp apar pete hemoragice. mai accentuate pe brațe, antebrațe, gambe. La orele 9 dimineața sucombă. Trei ore în urmă făcând o deschidere în dreptul inimei, am luat cu toate precauțiunile necesare — arderea suprafeței pericardului cu un fer roșu, pipetă sterilă — sânge din cord și am făcut însămânțări pe diferite medii de cultură.

Autopsia a fost făcută a 2-a zi dimineața.

Calota craniană normală, simetrică. Dura-mater foarte îngroșată, cu vasele ușor dilatate. Sinusurile libere de chiaguri. Oedem al suprafeței creerului. Pia mater pe ici și colea aderentă. Tipul circonvoluțiilor normal. Substanța cenușie pare redusă ca volum. Lichid cefalorachidian abundent în ventriculii laterali. Granulații ependymare aparente, mai cu deosebire într'al patrulea ventricul.

Arterele dela baza creerului normale. Nucleii centrali congestionați.

Plămânii, congestionați la bază. Cordul normal. Aorta nu prezintă plăci de aterom.

Ficatul congestionat, cu ușoară degenerescență grăsoasă.

Stomacul cu mucoasa foarte congestionată, prezintând câteva sufuziuni sanguine sub-mucoase. Aceeași congestie se observă pe tot trajectul intestinului subțire.

Splina puțin mărită de volum, moale și difluentă.

Rinichii congestionați.

Insămânțările făcute cu sângele din cord au dat culturi pure de stafilococ auriu. Stafilococul acesta s'a arătat foarte patogen pentru animale.

O cultură de 24 ore pe gelosă, injectată în cavitatea peritoneală a unui cobai a provocat moartea animalului în 8 ore; doza minimă mortală a fost de $^1/_{30}$ dintr'o cultură de 24 ore. La autopsia animalului existau numeroase abcese miliare, diseminate în tot corpul. Stafilococul nu omoară de obiceiu, decât atunci când se injectează $^1/_{10}$ c.c. dintr'o cultură în bulion de 24 ore și numai după 4—8 zile (¹).

Cazul acesta de stafilococie la un paralitic general e interesant de oarece în timpul din urmă s'a atribuit stafilococului un rol patogen în afecțiunile celebrale cu evoluție rapidă (delir acut etc.) (²).

R. Gaupp (³) într'o revistă generală asupra pronosticului în paralizia generală semnalează pe lângă formele obișnuite și cazuri cu evoluție rapidă, ca în delirul acut. E probabil că în multe din aceste cazuri, fenomenele septicemice trebue să joace un rol determinant. Excoriațiile, decubitele paraliticilor generali sunt atâtea porți de intrare pe unde microbii care vegetează la suprafața pielei pot să pàtrundă în organizm și să provoace la indivizi debilitați fenomene de infecție generalizată.

Observația a doua e relativă la un bolnav, care a sucombat în luna Iulie 1905 în spitalul județean din Focșani și la care din cauza epidemiei din apropiere, dela Mărășești, cauza morți fusese atribuită tifosului exantematic. Insărcinat de onor. direcție a serviciului sanitar să fac o anchetă bacteriologică asupra acestui caz, am putut constată că bolnavul sucombase în urma unei septicemii stafilococice.

Observațiunea bolnavului așà cum am putut-o reconstitui din informațiile culese dela medicul spitalului, domnul dr. Weiner e pe scurt următoarea:

Boala lui datà dela 4 Iulie.

P. N. în vârsă de 26 ani, tejghetar la un magazin de coloniale, făcuse în zilele precedente curse lungi și obositoare cu bicicleta.

(¹) M. Neisser u. A. Lipstein. (Die Staphylokokken in Kolle-Wassermann: Handbuch d. path. Mikroorganizmen. III Bd, pag. 126).

(²) Cappelletti ref. Schmidts Jahrbücher 1900; Mircoli Schmidts Jahrbücher 1900; No. 9 Silvestrini ibid.

(³) *Prognose der progressiven Paralyse* (Deutsche med. Woch. 1904. Ian. 21.

In timpul din urmă P. N ducea o viață puțin regulată și uzà în mod exagerat de băuturi alcolice. Rezistența lui organică erà deci întru câtva slăbită.

In ziua de 4 Iulie s'a simțit obosit, l'a durut capul toată ziua dar și-a putut vedeà totuși de ocupații. La 5 Iulie cefalea persistând și bolnavul simțindu-se și mai obosit decât în ziua precedentă, n'a putut părăsi casa. Doctorul Weiner a fost chemat pentru prima dată să-l vadă, la 6 Iulie, dimineața.

P. N. se văità de dureri mari de cap și aveà vărsături repetate bilioase.

Pulsul frecuent, temperatura 40°. Seara: delir, agitație, temperatura 41°.

In ziua de 7 Iulie e primit în spital.

Temperatura dimineața 38°, seara 38.8. Limba uscată, saburală, roșie pe margine. Fuliginosități pe dinți și gingii. Pielea uscată. Pe abdomen roseolă discretă. Starea generală destul de gravă.

La 8 Iulie, temperatura dimineața 39, seara 40°. Petele roseolice se înmulțesc și din discrete, devin ici și colo cevà mai confluente. La degetul mare al mâinii drepte, sub unghie, acuză dureri vii. Se observă un punct supurat. Bolnavul are de 2 ori în cursul zilei epistaxis și delirează.

In ziua următoare, 9 Iulie, starea generală devine din ce în mai rea. Petele se generalizează, se întind pe gât și pe față și suferă o transformare petechială; ele nu mai dispar la presiune.

La degetul mic dela piciorul drept precum și la degetul indicator și mediu dela mâna stângă se observă sub-ungueal mici pustule. La deschiderea acestor pustule ese un puroi lichid sanguinolent. Delirul și febra persistă.

La 10 Iulie, delirul e violent, febra ridicată. Dimineața 40°, seara 41°. Un abces se produce pe fața antero-externă, în regiunea mediană a gambei. Pe degetele dela piciorul drept, pustule apar în regiunea subunguealǎ.

Bolnavul se plânge de dureri articulare în umărul stâng. La atingere articulația e foarte dureroasă.

La 11 Iulie starea generală e extrem de gravă.

Bolnavul cade în torpoare. Pulsul frecuent, mic, aritmic. In starea aceasta comatoasă el sucombă la orele 2 după amiazi.

Cum erà vorba de a se pronunță cât mai repede asupra naturei afecţiunei, care provocase moartea lui P. N., am făcut autopsia câteva ceasuri în urmă, la orele 6 după amiazi, în prezenţa d-lui dr. Ciugolea, medicul oraşului şi a d-lui dr. Weiner, medicul spitalului, în scopul de a prelevà în bune condiţiuni înainte de alteraţiile cadaverice şi de invazia microbilor secundari, materialul necesar pentru stabilirea unui diagnostic înainte de toate, bacteriologic.

Cadavrul erà al unui tânăr de constituţie relativ robustă. Musculatura bine dezvoltată. Nici o urmă de violenţă pe corp. Decubite nu existau. Pupilele dilatate şi egale.

Pe faţă la nivelul frunţii numeroase pustule mici, având dimensia unui bob de mei, până la un bob de linte. Acelaşi fel de pustule, mai puţin abundente, se aflau pe obraji, pe gât şi rar diseminate, pe abdomen şi în regiunea inguinală dreaptă. La degetul indicator şi mediu dela mâna stângă, la degetele picioarelor, mai cu deosebire la degetul mic dela piciorul drept şi la degetele piciorului stâng existau în regiunea sub-unguează, mici colecţii purulente.

La deschiderea acestor colecţii ese un puroi de coloare închisă, sanguinolent, foarte puţin consistent.

La nivelul regiunei antero-externe a gambei drepte există o colecţie purulentă, cât un ou de porumbel, situată în ţesutul celular subcutanat şi limitată de aponevroza gambei.

Puroiul identic cu cel descris mai sus.

Articulaţia scapulo-umerală stângă prezintă o colecţie purulentă abundentă, cu puroi ceva mai consistent decât în celelalte regiuni.

Examinat imediat la microscop, puroiul lăsà să se vadă numeroşi stafilococi.

Pe antebraţul drept se mai vedeau încă vezicule hemoragice, pe cale de pustulizaţie.

La deschiderea cadavrului, plămânul drept prezintă pe marginea sa anterioară, câteva pustule mici.

In lobii inferiori ai ambilor plămâni există numeroase infarcte hemoragice, destul de voluminoase, având unele baza cu dimensia unei piese de 5 lei.

Pericardul conţine o cantitate abundentă (300 grame) de lichid citrin. Hiperemia pericardului şi aspectul mat al seroasei în locul luciului său obişnuit sunt foarte marcate.

Cordul mărit de volum. Ipertrofie notabilă a ventriculului stâng. Miocardul prezintă puţin aspectul de carne fiartă. Valvulele orificiilor auriculo-ventriculare şi arteriale, normale. Aorta nu prezintă nici un semn de aterom. Coronarele neatinse.

Ficatul congestionat, cu înfăţişare de degenerescenţă grasă. Căile biliare permeabile. La suprafaţa ficatului există câteva mici abcese miliare.

Splina foarte mărită de volum. Pulpa moale difluentă, trabeculii puţin aparenţi, nodulii limfatici invizibili.

Rinichii augmentaţi de volum. Substanţa corticală prin coloarea sa albicioasă contrastează faţă de coloarea mai închisă a piramidelor lui Malpighi. Capsula nu e aderentă.

Mucoasa stomacului şi intestinului congestionate.

La deschiderea cavităţii craniane ceea ce frapează e aspectul oedematos şi congestionat al meningelor subţiri, cu depozite purulente dealungul vaselor, mai ales pronunţate la nivelul emisferului drept. Lichid cefalorachidian abondent în ventriculii laterali. Vasele dela baza creerului normale. Nucleii centrali nu prezintă nimic anormal.

Pentru examenul bacteriologic am luat imediat după deschiderea cadavrului sânge din cord, cu aceleaşi precauţii ca în primul caz. Insămânţări au fost făcute imediat pe diferite medii de cultură, nu numai cu sângele din cord dar şi din diferite organe. Din colecţiile purulente am luat puroi în eprubete pentru a-l injectà la animale. Bucăţi din diferite organe au fost fixate în formol 10%, pentru un studiu anatomo-patologic ulterior.

Necropsia lui P. N. arătând existenţa de mici colecţii purulente pe suprafaţa corpului şi în organele interne (plămâni, ficat) permitea până la un punct să se bănuiească un caz de morvă acută la om.

Deşi din ancheta făcută, n'am putut stabilì că bolnavul fusese în contact cu cai morvoşi şi cu toate că examenul microscopic al puroiului nu arătase prezenţa bacililor morvei, am socotit totuşi necesar să fac în laboratorul de medicină experimentală cu puroiul prelevat, probele complementare cari se obişnuesc în cazurile de morvă.

Puroiul emulsionat în 2 c. c. bulion l'am injectat la cobai (proba lui Strauss). Animalul n'a prezintat nimic din partea tunicei vaginale a testiculului cum s'ar fi întâmplat dacă ar fi fost vorba de un caz de morvă.

Insămânţările puroiului prelevat din pustulele şi abcesele de pe suprafaţa corpului şi din organele interne (plămâni, ficat) făcute pe diferite medii de cultură şi mai ales pe cartofi, n'au dat nimic asemănător cu bacilul morvos. Pe toate aceste medii s'au dezvoltat culturi pure de stafilococ pyogen auriu. Diagnosticul de morvă a fost deci cu totul înlăturat.

Examenul puroiului şi al culturilor arătase prezenţa stafilococului. Microbul acesta puteà însă să fie un microb asociat.

Dezvoltarea stafilococului în cultură pură, din sângele însămânţat din cord şi din diferite organe, 4 ore după moarte, nu lasă însă nici o urmă de îndoială asupra rolului său patogen.

Examenul anatomo-patologic pe care l'am făcut pentru splină si ficat, confirmă de asemenea, în mod evident, septicemia stafilococică.

In ficat ceeace se constată e o hiperemie enormă. Celulele lui Kupffer şi cele hepatice sunt încărcate cu o cantitate foarte mare de pigment negru. O mare parte din celulele hepatice prezintă degenerescenţă grasă.

In vinele suprahepatice se văd îngrămădiri leucocitare şi leucociţii, dintre cari unii degeneraţi (prin acţiunea toxinei produsă de stafilococ, a leucocidinei) conţin în interiorul lor stafilococi, unii însă pe cale de a fi digeraţi, de oare ce se colorează destul de greu. Pigmentul negru există şi în aceste leucocite.

In interiorul ficatului se văd abcese având dimensia unui bob de cânepă, formate în jurul grămezilor de stafilococ. Leucociţii conţin şi la nivelul acestor abcese, stafilococi numeroşi în interiorul lor.

In splină există o hiperemie formidabilă a sinusurilor, transformate în adevărate lacuri sanguine. Fenomenul marcant e formidabila distrugere de globule roşii în interiorul leucocitelor mononucleare, cari apar încărcate cu o cantitate enormă de pigment negru. Aspectul splinei la prima vedere e identic cu cel care se constată în cazurile de paludism. Melanina, pigmentul malaric, se prezintă însă sub formă de granulaţii mai fine şi nu dă reacţia ferului. Când se adaogă sulfur de amoniu, ea dispare.

Şi în ficat şi în splină, în cazul de faţă, după tratarea cu sulfur de amoniu, coloarea neagră a pigmentului se accentuează, probă evidentă că nu este vorba de melanină, ci de pigmentul rezultat din distrugerea globulelor roșii, de hemosiderină, în urma acțiunii toxice exercitate asupra sângelui, de toxina hemolitică a stafilococului, de stafilolisină.

Din loc în loc la suprafața splinei, sub seroasă există îngrămădiri, adevărate focare de stafilococ și la periferia acestor focare se poate constată o fagocitosă energică a acestor microbi. Concluzia în urma examenului anatomo-patologic al splinei și ficatului este că în cazul acesta s'a produs o infecție stafilococică, însoțită de o deglobulizare intensă (acțiunea stafilolisinei). Fenomenele de fagocitoză și formarea abceselor în jurul focarelor de stafilococ dovedesc, că e vorba de o infecție efectuată în cursul vieței și nu de o invazie microbiană post-mortem.

Cazul acesta de septicemie stafilococică prezintă oarecare interes deoarece din cauza fenomenelor tifice pronunțate și a erupției petechiale a putut fi luat drept un tifos exantematic. Epidemia din apropiere dela Mărășești deși bolnavul nu venise în contact nici direct nici indirect cu tificii de acolo, făcuse să se admită acest diagnostic.

Starea tifică în septicopiemii e însă destul de frecuentă (cazuri citate de Niedner, (¹) Hirtz și Delamare (²) etc.) Asemănările cu febra tifoidă sunt chiar câteodată așà de mari încât un diagnostic clinic e aproape imposibil. Aceasta e probabil cauza pentru care, cazurile de stafilococie generalizată sunt așà de rare în literatura medicală. Serodiagnosticul [Bruck, Michaelis, Schultze (³)] ar ajutà poate să se stabilească diagnosticul de stafilococie mai des decât se face până acum.

In ceeace privește erupția petechială, în septicopiemii se pot vedeà un mare număr de exanteme: simplă rozeolă, urticarie etc

---

(¹) *Ein Fall von Staphylokokkensepsis.* Deutsche med. Wochenschrift. 1904 Ian. 21.

(²) *Sur une forme typhoïde de staphylococcie generalisee.* Presse médicale 1901 Dec. 14. No. 100.

(³) Zeitschrift f. Hygiene L. Heft 1. 1905. referat în Revista științelor medicale No. 1. Mai 1905. pag. 128.

Există însă și hemoragii ale pielei cu caracter petechial (Dennig (1), Jürgensen (2).

Cât pentru etiologia acestei septicopiemii deși existau pustule numeroase la extremitățile membrelor superioare și inferioare, observația bolnavului ar face să creadă că ele au apărut secundar. N'am găsit nimic la nivelul amigdalelor, poartă de intrare așà de frecuentă pentru septicopiemii (Stöhr.) Nu exista de asemenea nici un focar osos vechiu sau nou (osteomielită) de unde stafilococul să fi putut intrà în sânge. O soluție de continuitate cât de mică la suprafața pielei sau a mucoaselor e însă suficientă pentru această pătrundere. Chiar în cazurile de septicopiemii, în care nu se poate găsì o poartă de intrare, piemiile așà zise criptogenetice (Leube), se pot admite soluții de continuitate în piele sau mucoase, prea mici însă ca să atragă atenția. Mai mult decât atât, din experiențele lui Garré ar rezultà că chiar pe pielea intactă, prin orificiile glandelor, stafilococul poate să pătrundă în organizm.

Ori care ar fi însă etiologia în cazul de față, constatările clinice bacteriologice și anatomo-patologice nu lasă nici o urmă de îndoială asupra naturei sale septicemice.

LUNA MEDICALĂ

SOCIETĂȚI SAVANTE STRĂINE

ACADEMIA DE ȘTIINȚE DIN PARIS

ȘEDINȚA DE LA 9 OCTOMBRIE 1905.

P. Emile Weil. Etude du sang dans un cas d'hémophilie. Autorul a căutat, la un om de 45 ani, cu o sănătate de obiceiu bună și fără antecedente morbide ereditare nici personale, care însă din copilărie sângerà în mod nesfârșit la cea mai mică rănire, cauza lipsei de tendință de a se coagulà a sângelui, până acum cu totul necunoscută.

---

(1) Ueber septische Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der kryptogenetischen Septikämie. Leipzig 1901.

(2) Sepsis in Leyden u. Klemperer: Deutsche Klinik II Bd. Berlin 1903.

Examenul morfologic al sângelui, ca de regulă, nu desvelește nimic anormal. Anemia este intensă: Globule roșii 2.280.000, Hemoglobină 60% (Gowers). Leucociții, hematoblastii sunt normali ca număr și ca proporție. In schimb *in vitro* se observă *coagulația plasmatică* (Gilbert și Weil): îndată ce s'a luat sângele, hematiile cad la fund și d'asupra cruorului roșu rămâne plasma albă brăzdată. Aceasta din urmă după un ceas și un sfert este cu totul înghețată, iar cruorul se închiagă pe urmă. Indată începe retracția chiagului și exsudarea unui ser normal se face destul de încet. Aceste două fenomene se îndeplinesc ceva mai repede în perioadele în care bolnavul nu sângerează.

Iată câteva fapte noui: *Căldura* iuțește coagulația și cu cât aceasta este mai repede cu atât sedimentarea hematiilor este mai incompletă. *Clorura de calciu* în doze mici iuțește foarte mult coagulația, în doze mari din contră o încetinește tot pe atât. Retracția chiagului și exsudarea serului rămân normale. *Serul hemofilic* nu modifică nici în formă nici în timp închegarea unui sânge normal. *Serul normal* din contră preface închegarea sângelui hemofilic într'una cu totul normală. *Serurile animale* (bou, iepure de casă) au aceiași acțiune ca serul normal, în privința formei și timpului închegării; în privința cantității sunt însă mai slabe. *Lichidul pleuretic sero-fibrinos* lucrează ca ori ce ser. Un punct curios de semnalat este că doze excesive de ser (10 picături în 3 cm^3 de sânge) în loc de a favorizà închegarea, o întârziază în mod manifest.

Din acestea autorul trage concluziile următoare: Nu există în sângele hemofilicilor substanțe anticoagulante ci îi lipsește sau se află alterată, probabil, trombaza, fermentul coagulant. Este de ajuns ca să se adauge cu ser normal pentru ca închegarea să devie normală. Se pare însă că hemofilia nu este datorită unei atrombazii ci unei distrombazii, de oarece *in vitro* închegarea tot sfârșește prin a se face și sărurile de calciu o favorizează.

Atât din punct de vedere patogenic cât și terapeutic, aceste fapte au o mare însemnătate.

Ședința dela 30 Octombrie 1905.

Laveran et Lucet. Deux hématozoaires de la perdrix et du dindon. Intr'o epizootie a potârnichilor autorii au cercetat un cadavru, găsind numeroși ematozoari endoglobulari (20—30 ematii parazitate într'un câmp microscopic). Mai toți paraziții sunt endoglobulari, măsurând cei mai mici 1μ—1μ, 5 diametru, cei mai mari 6μ—7μ. Câtevà elemente mari sunt libere sau lipsite de nucleii ematiilor ce le-au conținut. In fiecare element se vede un kariosom rotund și granulațiuni de pigment negru. Adesea se găsesc doi sau trei paraziți în aceiași ematie.

Formele pe cale de înmulțire sunt foarte numeroase. Kariosomele se împart în 2, 4, 6, 8, 10, 12, 20, 24 și elementele parazitare capătă înfățișarea de așà zise *rozace*. In cele din urmă aceste rozace se îmbucătățesc. Ematiile parazitate sunt foarte alterate; nucleul se mută, se așează pieziș, sau se lipește de păretele ematici care pălește și se deformează; uneori nucleul dispare, probabil gonit din ematie.

Deşi pasărea avuse diarea, intestinul nu conţineà nici un parazit. Splina erà mare.

Această descripţie corespunde cu *Haemamoeba relicta* semnalat la multe păsări dar încă nu la potârniche. De sigur acest parazit a fost cauza epizootiei. Nu se poate însă decide, fără cercetări experimentale, dacă este acelaş ca cel, de exemplu, dela vrabie sau vreo speţă vecină. Este demonstrat că *H. relicta* îndeplineşte mai multe faze din evoluţia sa la ţânţar, care propagă infecţia.

Autorii au mai găsit un ematozoar în ficaţii unor curcani tineri morţi de peritiflo-epatită. Se vede cu uşurinţă în mijlocul ematiilor şi elementelor normale ale ficatului. Forma sa este ovală scurtă sau lungă, uneori strangulat la mijloc. Cei mai scurţi au 14µ pe o lungime de 8µ; cei mai lungi au 25µ pe 5µ lărgime. Protoplasma conţine în genere mici granulaţiuni de pigment negru mai mult sau mai puţin aparente. Un mic număr de paraziţi prezintă protoplasmă vacuolară. Aceasta poate fi artificial. Coloraţia protoplasmei se face dela albastru închis până la albastru foarte deschis. Nucleul rotund se colorează violet. Uneori se văd doi paraziţi în acelaş element anatomic.

Elementele în care se desvoltă paraziţii au forme ovalară sau lunguiaţă cu unul din căpătâe mai mult sau mai puţin ascuţit; cele mai lungi au 43µ—44µ. Protoplasma lor conţine granulaţiuni cromatice în număr variabil şi nu prezintă reacţiunile emoglobinei, eozina n'o colorează roz. Nucleul se împarte în două jumătăţi cari, în genere, se aşează la dreapta şi la stânga parazitului. Uneori una din ele se află şi ea împărţită în două. Când există doi paraziţi se vede un nucleu intermediar singur sau însoţit de altul lipsit de faţa extremă a unui parazit. Este dar probabil că acest parazit este un *leucocitozoar* ca mai mulţi paraziţi din grupul emogregarinelor. Th. Smith văzuse parazitul, însă l-a descris fals. Totuşi autorii i-l dedică dându-i numele *Haemamoeba Smithi*.

G. Z. P.

SOCIETATEA DE PEDIATRIE DIN PARIS

SEDINŢA DIN 17 OCTOMBRIE 1905.

D-na Nageotte Wilbouchewitch, arată că nu e nici un raport între perimetrul toracic şi amplitudinea respiratorie. Măsurătoarele trebuesc făcute la nivelul bazei axilei sus, şi la nivelul apendicelui xifoïd jos. Amplitudinea e mărită prin gimnastica respiratorie care dă uneori rezultate însemnate şi are o influenţă foarte favorabilă şi asupra stării generale.

Nobecourt şi **Brelet**, au observat un caz de Maladia lui Addison cu evoluţie acută la un copil de 18 luni: la autopsie s'au găsit ganglioni tuberculoşi abdominali şi bronşici. Dar capsulele suprarenale erau intacte macro şi microscopiceşte.

Guinon şi **Pater**, întrebuinţând serul marin a lui Quinton au obţinut rezultate deplorabile. Netter e de părere că rezultatele bune obţinute de unii autori cu acest ser se explică nu prin consideraţiunile teoretice a lui Quinton asupra mediului marin, dar faptului că acest ser conţine diverse săruri. El întrebuinţează cu succes un ser artificial conţinând: apă 1000, clorur de sodiu 10, clorur de potasiu 0.20, bicarbonat de sodă 0.10.

Grigore Jacobson

SOCIETĂŢI SAVANTE ROMÂNE

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE.

In ziua de 30 Octombrie s'a înfiinţat în capitală o societate cu numele de mai sus, având ca scop cultivarea ştiinţelor citate şi a celor conexe, psihologia antropologia, antropologia criminală, sociologia etc. Societatea va ţine şedinţe lunare şi'şi propune publicarea unui buletin şi crearea unei biblioteci şi unui muzeu.

Sunt cinci feluri de membri: 1) *onorifici,* persoanele cu merite ştiinţifice deosebite sau cari vor fi dat un sprijin moral sau material societăţii. 2) *fondatori,* 3) *aderenţi* (pot fi toate persoanele domiciliate în Bucureşti şi cari se ocupă cu ştiinţele sus citate), 4) *corespondenţi naţionali* 5) *corespondenţi străini.*

Toţi membrii au dreptul de a face comunicări. Membrii aderenţi şi corespondenţi naţionali vor plăti o cotizaţiune lunară de un leu.

Cererile de înscriere se vor adresă preşedintelui d-l profesor Sutzu.

REVISTE ŞI PUBLICAŢIUNI STREINE

ANATOMIE ŞI ISTOLOGIE NORMALĂ

A. Gaussel. Le noyau mésocéphalique des oculogyres (dextrogyre et lévogyre). *Revue Neurologique*, No. 20, 1905. Pentru acest autor atât anatomia normală şi patologică cât şi clinică ar probă că nucleul părechei a 6-a nu se poate consideră ca simpla origină reală a motorului ocular extern ci ca nucleul oculogir drept sau stâng după partea ce o considerăm. Secţiunea nervului de a 6-a păreche produce paralizia dreptului extern cu strabism intern. Din contră, leziunea nucleului respectiv nu determină strabismul intern, ci pierderea mişcărilor de lateralitate spre partea leziunii. Dela nucleul părechii a 6-a ar plecă fibre ce merg nu numai în dreptul extern de aceiaşi parte ci şi în dreptul intern de partea opusă. Acestea din urmă trec direct prin trunchiul motorului ocular comun. Deci paralizia nervului motor ocular extern n'ar fi egală din punctul de vedere simptomatic cu aceea a nucleului mezencefalic din care pornesc fibrele sale. Autorul aminteşte de observaţiunea lui Gruner şi Bertolotti care tinde să demonstreze că în paraliziile prin distrucţiune complectă a nucleului părechii a 3-a, mişcările de lateralitate persistă. Ele dispar din contră în leziunile nervului respectiv. Aceste fapte s'ar complectă reciproc.

E totuşi, cred, o rezervă de făcut căci leziunile motorului ocular comun sau a dreptului intern făcute experimental pe animale, n'au produs reacţiunea la distanţa în nucleul părechii a 6-a. Faptul acesta nu concordă cu interpretaţiunea dată de Gaussel şi de cei doi autori italieni.

C. Parhon.

Emil Holmgren. Über die sogenannten Nervenendfüsse. (Asupra aşa ziselor măciuci terminale). *Iahrbücher für Psychiatrie und Neurologie.* 26 Band. 1. Heft. Din cercetările sale autorul ajunge la concluziunea că măciucile terminale nu reprezintă nişte simple terminaţiuni libere ale unor prelungiri nervoase împrejurul corpului altor celule, ci o adevărată concrescenţă la nivelul căreia neurofibrilele venite prin prelungirele respective dela alte celule se continuă cu acelea ale celulei împrejurul căreia se găsesc aceste măciuci. Acesta ar fi singurul mijloc de trecere dela un teritoriu neurofibrilar la un altul, căci autorul n'a putut găsi nicăeri neurofibrile libere, extracelulare şi extraplasmatice. In tot traectul lor neurofibrilele şi-ar păstra o poziţiune intracelulară şi intraplasmatică.

C. PARHON.

Kosaka und **Jagita. Experimentelle Untersuchungen über den Ursprung des N. Vagus und die centrale Endigung der dem Plexus nodosus entstammenden sensiblen Vagusfasern, sowie über den Verlauf ihrer sekundären Bahn.** (Cercetări experimentale asupra originii pneumogastricului şi terminaţiunii centrale a fibrelor sale sensitive ce emană din plexul nodos şi asupra mersului căilor lor secundare). *Okayama-Igakkwai-Zasshi.* No. 188. 31 Aug. 1905. Autorii japonezi au văzut în urma rezecţiunii ramurilor gastrice ale perechei a X-a reacţiunea la distanţă în partea inferioară a nucleului dorsal. La câine reacţiunea e slabă, la epure mai intensă. Cu cât ne urcăm cu atât numărul de celule bolnave e mai mic; aşa la nivelul deschiderii canalului central se găseşte o celulă alterată pentru 3 normale. La nivelul părţii superioare a nucleului ipoglosului nu se găsesc decât rare celule în reacţiune. Mai sus par a lipsi cu totul. Secţiunea pneumogastricului în torace dedesuptul ultimelor ramuri pulmonare produce alteraţiuni într'un număr mai mare de celule din nucleul dorsal şi găsim multe celule alterate chiar şi în partea cea mai seperioară a acestuia. E de asemenea probabil după Kosaka şi Jagita că din nucleul dorsal pleacă şi fibre pentru muşchii netezi ai canalelor aeriane. După ruperea sau secţiunea recurentului au găsit leziuni în cele mai multe din celulele formaţiunii laxe a nucleului ambiguu, în câteva celule din nucleul dorsal şi în foarte puţine din formaţiunea densă a nucleului ambiguu. Aceasta din urmă e în raport cu musculatura striată a faringelui şi a tubului digestiv în general, precum şi cu muşchiul crico-tiroidian. In ganglionul plexiform se observă alteratiuni după secţiunea diferitelor ramuri ale pneumogastricului. Celulele în raport cu nervul depresor reprezintă polul superior al ganglionului. După extirparea lobului inferior al pulmonului drept se observă numeroase celule în reacţiune în ganglion. Din contră nucleul ambiguu e intact iar cel dorsal nu conţine decât rare celule modificate al căror mic număr face pe autori să nu se pronunţe cu siguranţă, asupra raporturilor dintre aceste celule şi nucleul dorsal. In tot cazul cele mai multe din celulele acestuia nu sunt în raport cu inervaţiunea fibrelor netede ale pulmonului cari şi primesc fibrele motrice dela simpatic.

Autorii mai expun în fine, cercetările lor relative la terminaţiunea fibrelor sensitive ale pneumogastricului şi asupra căilor lor secundare. Nu vom intră însă în detaliul acestor chestiuni.

C. PARHON.

Charles Schaffer. Recherches sur la structure dite fibrillaire de la cellule nerveuse. *Revue Neurologique* No. 21. 1905. Cercetări urmate cu metoda lui Bielschowski. Autorul confirmă structura reticulară a celulei nervoase descrisă de Marinescu, Donaggio, Ramon y Cajal etc. Celula nervoasă cu prelungirile sale e învelită într'o reţea pericelulară. Aceasta e în strânsă legătură prin conexiuni directe cu reţeaua intracelulară. Ultima e mai densă în jurul nucleului şi mai laxă la periferie.

Intru cât priveşte raporturile dintre celulă şi fibrilele extracelulare după observaţiunile acestui autor ar existà însăşi o continuitate. Rezultă deci, după Schaffer că reţeaua intracelulară e în conexiune cu cea extracelulară, iar aceasta cu fibrilele extracelulare. Ar existà prin urmare anastomoze între diferitele celule prin intermediul reţelelor fibrilare.

C. PARHON.

DERMATOLOGIE ŞI BOLI VENERIENE

Bosellini. Sopra le acariasi dell'uomo d'origine animale. (Despre râia de origină animală la om). *Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle.* 1905, p. 64. Autorul a văzut trei cazuri de râie umană de origină equină şi două de origină porcină. Aceste râi apar puţine ore după contact, indiferent pe ori ce parte a corpului, dar mai ales pe braţe. Boala difuzează pe urmă fără nici o sistematizaţie nici localizare a leziunilor. Pruritul este foarte variabil. După el apare urticaria, fie sub formă de pomfe distincte, fie ca o tumefacţie difuză a unor teritorii cutanate. Mai pot apare şi elemente papulo-veziculoase sau vezicule cristaline împrăştiate fără grupare specială. Aceasta constitue o formă mai gravă.

De cele mai multe ori boala este blajină în evoluţia ei şi tinde a se vindecà de sine. Tratamentul cel mai simplu reuşeşte. Prelungirea boalei este datorită adesea unei iritabilităţi speciale a pielei. De aceea tratamentul trebue să se oprească curând pentru a nu agravà starea bolnavului. Forma uşoară ţine 2 sau 3 săptămâni; forma gravă poate ţine 6—10 săptămâni, Transmisiunea dela om la om nu se face.

G. Z. P.

Dacco. Etiologia e patogenesi dell'acne volgare. (Etiologia şi patogenia acneii vulgare). — *Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle*, 1905, p. 81 şi 177. Acnea vulgară este datorită unei modificări complexe în structura pielei, comparabilă după autor asistoliei cardiace, datorită unei iperfuncţiuni, traducându-se prin pierderea forţei contractile, îngroşare şi dilatarea orificiilor foliculare în urma relaxării generale a ţesuturilor cutanate. Cauzele acestor alteraţii sunt multe şi variabile.

Mai întâiu se găseşte o predispoziţie familiară a pielei, adesea ereditară, la care se adaogă o intoxicaţie sanguină în general de origină gastro-intestinală, câte odată de origină genitală şi alte ori cardiacă. Pielea predispusă şi rău irigată funcţionează nu numai exagerat dar şi anormal, De aci ipersecreţiunea glandelor sebacee şi lărgirea orificiilor foliculare. Secreţiunea anormală irită păreţii conductelor şi produce iperkeratoza lor.

Comedonul se naşte din celulele desprinse din păreţii foliculului amestecate cu sebum şi constitue un teren de cultură pentru diferiţi germeni cari iritând păreţii, atât ei cât şi toxinele lor, sporesc iperkeratoza. Conductul astupat în cele din urmă de comedon, la care se adaogă perii deviaţi şi praf nu-şi mai poate vărsa conţinutul şi se dilată în partea sa mai adâncă, unde ţesuturile cedează mai uşor. Atunci apar fenomene inflamatorii atât la suprafaţă cât şi în adâncime datorite jenei în circulaţie. Interiorul foliculului poate supura sau se deschide în el o colecţie perifoliculară.

Inflamaţia nu este datorită infecţiei microbiane ci numai intoxicaţiei: este de origină chimică întocmai ca'n acnea bromică şi iodică. Cu toate acestea într'un al doilea stadiu microorganismele cari intervin dau pustulei în formaţie un caracter special. Culturile dau microbacilul lui Unna şi stafilococul pielei comun, mai cu seamă din interiorul comedonului, Aceşti microbi nu se înmulţesc în mod mai activ în momentul desvoltării fenomenelor inflamatorii, dar uneori se înmulţesc repede când se formează colecţia foliculară, se adună în grămezi şi pătrund până în adâncime. In aceste cazuri trebue admis că contribuesc la întreţinerea inflamaţiei dejà existente.

Uneori importanţa microorganismelor este evidentă. Pustula are atunci un caracter inflamator mai pronunţat şi mai grav, are o bază mai infiltrată, mai largă, mai adâncă şi de o coloare roşie vie. Puroiul este gălbui şi mai abundent. Pustula este dureroasă spontan şi la presiune.

G. Z. P.

Lombardo. La fibrine in alcune forme di tuberculosi cutanea. (Fibrina în unele forme de tuberculoza pielei). *Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle*, 1905, p. 209. Intrebuinţând metoda de coloraţie Weigert combinată cu carmin alunat, autorul a căutat fibrina în vreo sută de secţiuni de diferite tuberculoze ale pielei: 67 cazuri de lupus vulgar, 21 tuberculoze verucoase, 13 scrofuloderme, 4 eriteme indurate, 3 lichen scrofulorum, 1 abces rece subcutan.

A găsit exsudatul fibrinos frecuent şi abundent în lupus, mai ales în forma nodulară ipertrofică, probabil fiindcă în această formă numărul tuberculilor este mai considerabil. In tuberculoza verucoasă fibrina există în mod cert numai în $^2/_3$ din cazuri. In toate cazurile de scrofuloderma a găsit-o. Intr'un caz de eritem indurat incipient nu există de loc, iar în celelalte numai urme în masele necrozate. In lichen scrofulosorum şi în abces rece fibrina lipseà cu totul. In general se vede că este rară fiindcă pielea dă mai puţină secreţiune sero-fibrinoasă decât alte ţesuturi şi probabil fiindcă în formele studiate bacilul este rar şi de o virulenţă mai mult sau mai puţin atenuată.

G. Z. P.

Vignolo-Lutati. Sulle aloppecie sperimentali de acetato di tallio. (Despre alopeciile experimentale datorite acetatului de taliu). *Giorn. ital. delle malatie veneree e dvlla pelle*, 1905, p. 33. Autorul a făcut injecţiuni subcutane la pisici şi iepuri de casă producând în totdeauna alopecii. Când dozele erau mari şi repetate des injecţiunile erau mortale. Când dozele erau mici nu erau mortale, dar alopecia era generală.

Chiar în aplicaţiuni topice (pomade etc.) acetatul de taliu produce căderea părului, fie limitată la locul de aplicaţie, fie generalizată dar mai pronunţată în acel loc.

Alopecia este temporară. Părul se regenerează relativ încet.

G. Z. P.

Hoffmann. Venenerkrankungen im Verlauf der Secundärperiode der Syphilis. (Afecţiuni venoase în sifilisul secundar). *Archiv für Dermat. u. Syph.* 1905 Bd. 73. Afecţiunile vinelor nu sunt prea rare chiar în primele perioade ale sifilisului. Se pot împărţi în trei grupe: flebita cordată, sifilida noduloasă şi eritemul nodos sifilitic. Flebita cordată atinge cu predilecţie bărbaţii în vrâstă mijlocie de 28 ani şi se localizează în general în safene mai ales safena mare, rar în vinele braţului. Se declară brusc fără ridicare apreciabilă a temperaturii şi nu prea provoacă edem. Tratamentul mixt o vindecă în cele mai multe cazuri repede şi deplin. Sifilidă noduloasă numeşte autorul formaţiunile noduloase subcutane care se arată curând după primul exantem mai ales la gambe şi de preferinţă la femei împrejurul vinelor varicoase; uneori se ramolesc şi se ulcerează. Eritemul nodos sifilitic atinge mai cu seamă femei cu sifilis grav recent şi poate fi însoţit de febră. Are evoluţie acută, cedează în general repede tratamentului mixt fără să ajungă la ramolisment sau ulceraţii. Nu sunt rare formele de trecere şi combinaţii ale acestor trei tipuri.

G. Z. P.

Siebert. Ueber die Spirochaete pallida. (Despre spiroch. pal.). *Deutsche mediz. Wochenschrift* 1905, No. 41. Autorul a cercetat 125 cazuri: 73 de sifilis sigur, 6 de sifilis dubios, 46 de afecţiuni cutanate diverse. Din cazurile de sifilis, 7 erau în stadiu terţiar şi la nici unul nu s'a găsit spirochete. In celelalte 66 cazuri de sifilis primar secundar şi ereditar, au fost 52 cari au dat paraziţi în număr foatre variabil, uneori într'un singur exemplar şi numai după îndelungate cercetări. In rare cazuri s'au găsit mulţi, până la 10 într'un câmp microscopic. Această excepţie însă nu se vede decât in unele părţi ale preparatelor.

Au fost 18 cazuri de şancăr tipic cu adenopatie mai mult sau mai puţin pronunţată. In 13 examenul a fost pozitiv dar în nici un caz nu s'a găsit spirochete în lichidul extras prin puncţie din ganglioni. Unul din şancărele cari conţineau spirocheţi erà pe cale de vindecare şi dejà cu totul acoperit de epiteliu. Au fost apoi 39 cazuri de sifilis secundar cu rezultat pozitiv. Majoritatea constă din papule perianale şi perigenitale. Paraziţi s'au descoperit atât la suprafaţă cât şi în adâncime. Din două sifilide pustuloase numai una conţineà spirochete. Dar atât în aceasta cât şi într'o sifilidă lichenoidă existau în număr foarte mic. Un caz de sifilis malin a dat rezultat negativ. pe când într'o rupia sifilitică s'au găsit paraziţi excesiv de numeroşi. Diagnosticul îndoelnic a putut fi stabilit într'un caz de eflorescenţe acneiforme la un copil al unei femei sifilitice şi într'un caz de o erupţie atipică la un om care avusese un ulcer fagedenic, graţie descoperirii spirochetei. In două autopsii de copii eredo-sifilitici nu s'au găsit decât puţini paraziţi în anumite organe, La primul, care avusese o simplă descuamaţie lameloasă pe corp, existau în plămâni, ficat şi ganglionii mezenterici. La celalt, care prezintà o erupţie buloasă şi ipertrofia splinei nu există decât un exemplar în rinichi.

Nici odată autorul n'a găsit spirochete în sângele bolnavilor la cari se găseà în leziuni, nici chiar în sângele ce-l extrăgeà din macule rozeolice. Şi acest rezultat fu negativ chiar când sângele tratat cu acid acetic fu supus la centrifugaţie îndelungată. Negativ a fost deasemenea examenul lichidului de vezicatoriu, aplicat pe piele sănătoasă şi pe rozeolă, apoi şi examenul lichidului cerebrospinal la trei sifilitici secundari. In ambele cazuri sedimentul lichidului erà lipsit de înmulţirea limfociţilor.

Pentru a complectà proba dată de Klingmüller şi Baermann despre nefiltrabilitatea virusului sifilitic, autorul a examinat filtrate de suc papular care conţineà destule spirochete şi n'a mai găsit nici unul în aceste filtrate chiar după centrifugaţie.

In zadar a căutat autorul spirochete în: condilome acuminate, balanite, ulcer moale, herpes progenital, zona, lupus vulgar, dermatită buloasă, sicosis neparasitar, scrofuloderma, eczema cronică, psoriasis, ulceraţii blenoragice ale rectului, eritem multiform, carcinom, sarcom, pemfigus neonatorum, impetigo contagiosa, lichen plan, în care totuşi de câteva ori a găsit spirochete de alte tipuri şi mai ales refringens. Acesta este cazul în genere pentru leziunile din sfera genitală. Când leziunile sunt situate in apropiere de gură sau intereseazà cavitatea bucală, se văd în preparate foarte mulţi paraziţi greu de deosebit de spirocheta pallida, dar totuşi par a aveà învârtituri mai largi şi mai neregulate. Aşà a fost într'un caz de carcinom al maxilarului inferior şi două de eritem multiform localizat în gură.

G. Z. P.

FIZIOLOGIE NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ.

Th. Hoppe. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung einiger Stomachica auf die Magensaftsecretion. (Cercetări experimentale despre înrâurirea câtorvà stomachice asupra secreţiei sucului gastric). *Berl. klin. Woch.* 1905. No. 33. Lucrarea făcută în Institutul patologic al universităţii din Berlin.

H. a experimentat pe câini, înzestraţi cu un „stomac mic“ după Pawlow. A procedat în modul următor: Animalele primeau o hrană determinată şi se stabileà curba de secreţie pentru stomacul cel mic. După aceasta primeau stomachicul în cercetare şi în urmă aceeaşi hrană ca mai înainte şi în aceeaşi cantitate. Se stabileà şi de astă-dată curba de secreţie pentru stomacul cel mic şi se compară cu cea precedentă, corespunzătoare hranei fără stomachic. — Printre animalele de experienţă se aflà şi un câine atins de o inflamaţie cronică a mucoasei ambelor stomacuri, având ca consecinţă o hipaciditate. Numai la acest animal s'a obţinut o augmentaţie a secreţiunii stomacale in urma administrării *tanatului de orexină*, la cele sănătoase *nu*. — Tinct. de china, tinct. amară şi coaja de Condurango au determinat *la toate animalele* o augmentare a secreţiunii, cele două dintâi determinând şi o mărire a acidităţii, **Straschesko**. (Zur Frage über die Wirkung der Bittermittel auf die Absonderungstätigkeit der Magendrüsen, *Russki Wratsch*

1905), lucrând în acelaşi fel, sub conducerea lui Pawlow, stabilise de mai înainte, că amarele *în sine* (extractul de quassia, extr. amar şi tinct. amară) nu provoacă *nici o secreţie*. Dacă însă administrarea lor *e urmată de ingestia de hrană*, atunci după câtevà minute se produce o secreţie abundentă, pronunţată mai ales în timpul primei şi celei de a doua ore după mâncare. Doze f, mari de amare scad secreţia. **Borissow.** **Ueber die Bedeutung der Bitterstoffe für die Verdauung.** *Arch. f. exper. Path. u. Pharmakologie, Bd.* 51. 1904) a studiat acţiunea unor amare (chinina, tinct. de genţiana) asupra *secreţiei psihice* a sucului gastric la un càine esofagotomizat şi prevăzut cu o fistulă gastrică. Şi acest cercetător a ajuns la concluzia, că *amarele date imediat înainte de mâncare* augmentează secreţia gastrică.

Dr. Rainer.

Prof. C. Posner. **Die diagnostische Hodenpunktion.** Puncţiunea testiculului făcută în scop diagnostic). *Berl. klin. Woch.* 1905. No. 35.—Posner a practicat această puncţie la indivizi azoospermici în urma unei epididimite bilaterale, datând de mai mulţi ani, în scop de a vedeà dacă testiculul mai funcţionează ori ba. Rezultatele sunt interesante. La 12 azoospermici, a căror epidimită dată de un timp ce varià între 7 şi 12 ani, puncţia unuì testicul a arătat existenţa spermatozoidilor în 10 cazuri; cele 2 rezultate negative le-a avut la un individ, a cărui afecţiune dată de 7—8 ani şi la un altul, care avusese epididimită dublă cu 12 ani în urmă. E interesantă persistenţa funcţiunii testiculare la un individ *azoospermic de 17 ani;* în genere n'a mai găsit spermatozoizi în testicul, dacă afecţiunea epididimului dată de mai bine de 12 ani.

De obicei spermatozoizii erau imobili, într'un singur caz i-a găsit mobili. Pe lângă dânşii se mai găsesc, câteva globule roşii, celule mari cu bule de grăsime, leucocite polinucleare şi în sfârşit detritus nedefinit. Spermatozoizii se găsesc în număr f. variabil. Cantitatea de suc obţinută, de obicei e suficientă pentru o preparaţie microscopică. Puncţia se face în mod obişnuit.—E evidentă valoarea diagnostică şi prognostică a acestor cercetări.

Dr. Rainer.

GINECOLOGIE ŞI OBSTETRICĂ.

C. Goebel. (Breslau). **Ueber Bilharziakrankheit der weiblichen Genitalien** Despre bilhartioza genitalelor femeieşti. *Zentr. f. Gyn.* No. 15. 1905. **Schistosomum haematobium** e în stare să producă pe colul uterin, în vagin şi în vulvă, vegetaţii uneori foarte abundente şi care nu se pot confundà cu cancerul din cauza că lipseşte ulceraţia şi scurgerea fetidă şi al căror diagnostic etiologic nu se poate face decât găsindu-se ouăle parazitului în vegetaţie.

Autorul a studiat afecţiunea care nu-i prea rară în Egipet, ţara clasică a bilharţiozei.

Dr. Trancu-Rainer.

Rühl (Dillenburg). **Ueber die Entfernung des in der Gebärmutter zurückgebliebenen abgerissenen Kopfes** *(Bemerkungen zu dem Aufsatze des Hern Dr. Bensinger).* Asupra extracţiunei capului rupt şi rămas în uter. (Observaţiuni relative la lucrarea lui Bensinger referată în R. şt. med. No. 3) *Zentralblatt f. Gynäkologie* No. 46. 1905.

Referindu-se la lucrarea lui Bensinger în care acesta sfătuieşte ca în caz când capul despărţit de trunchiu ar rămâne în uter, să se aplice extensiunea continuă timp de ore, şi chiar de zile întregi pe capul rupt, prin ajutorul unei pense Muzeux,— R. combate erigerea in principiu a acestui procedeu. Autorul bazându-se pe literatură şi pe experienţa sa proprie, sfătueşte următoarele:

Să se intre cu două degete în gura fetului, exercitându-se tracţiuni asupra maxilarului inferior, în timp ce cealaltă mână exercitează presiune pe din afară (manopera lui Wiegand-Martin). Forcepsul nu trebue întrebuinţat cât timp capul se află deasupra intrării basenului, din cauză că poate aluneca.

Dacă această manoperă nu reuşeşte, se recurge la perforaţiunea capului şi extracţiunea cu cranioclastul. Condiţiunea esenţială a reuşitei este ca ajutorul, care fixează capul să fie un om experimentat. Dacă orificiul colului nu este destul de dilatat, se întrebuinţează dilatatorul lui Bossi.

Pentru cazuri extreme de strâmtări, face cezariotomia vaginală.

Dr. Trancu-Rainer.

O. Sarwey. Weitere Erfahrungen über die frühzeitige Hörbarkeit der fötalen Herztöne. Observaţii nouă despre perceptibilitatea precoce a bătăilor cordului fetal. *Deutsche Med. Woch.* No. 33, 1905. Conferinţă ţinută la congresul de la Kiel a soc. ginecologice germane, lunie 1905, Contrar lui von Herff (vezi *R. Şt. Med.* No. 5 pag. 825) Sarwey pe un fet de 17 cm. obţinut prin isterectomie făcută pentru cancer al colului a putut percepe timp de trei minute bătăile cordului, care după acest timp au dispărut *de odată*, deşi contracţiile puternice, regulate, vizibile de departe (pericardul fiind deschis) au mai persistat jumătate de oră. Concluziile numeroaselor sale observaţii pe gravide le rezumă astfel:

1. Bătăile cordului fetal *de la a 12-a săptămână a gravidităţii înainte sunt perceptibile prin auscultaţie cu aceiaşi regularitate ca şi în a doua jumătate a gravidităţii*. Iele se pot auzi, aproape în totdeauna, în dreptul unei porţiuni circumscrise, profund aşezate a peretelui anterior uterin, *imediat deasupra planului orizontal care trece prin orificiul intern.*

2. E nevoe pentru această percepţie precoce a bătăilor fetale, de o ureche normală şi exercitată în auscultaţie, perfectă linişte în odaia de examinare, de cea mai mare răbdare a examinatorului, de golirea desăvârşită a beşicei prin cateter şi de *alipirea peretelui uterin anterior de peretele abdominal*, eventual efectuând în acelaş timp elevaţia uterului întreg şi deprimând profund pereţii abdominali îndărăptul simfizei prin mijlocirea stetoscopului.

3. *Importanţa practică* al acestei constatări stă în faptul că ea ne dă un semn de gravitate *absolut sigur*.

Diagnosticul precoce al gravităţii în luna 4-a şi a 5-a câştigă prin aceasta ca siguranţă în toate cazurile, lucru important, mai ales în cazurile nu preà rare de diagnostic diferenţial dificil.

Dr. Trancu-Rainer.

Winter-Königsberg i. Pr. Myom und Menopause. (Miomul şi menopauza). *Berliner Klinische Wochenschrift.* 1905. No. 27, Se crede în general, că miomul îşi pierde din importanţa sa cu cât se apropie menopauza.

Autorul bazându-se pe materialul clinic propriu, cum şi pe acel al altor ginecologi, arată că pe de o parte *miomul întârzie apariţia menopauzei*, (dintre 281 miomatoase în vârstă de peste 45 ani 19%, şi din 111 miomatoase în vârstă de peste 50 ani 33% sunt intrate în menopauză) aşà încât terapeutica conservativă înainte de 50 de ani nu-şi găseşte nici un sprijin în nădejdea unei menopauze apropiate. In primii ani ai celui de al 6-lea deceniu, în o treime de cazuri aceasta poate întârzià, dela 55 ani înainte însă menopauza cu drept poate fi aşteptată. Pe de altă parte, din cauza numeroaselor turburări, bolnavele cer ajutor medical 40% după 45 ani, iar 15% după 50 ani.

Influenţa pe care menopauza o exercită asupra mioamelor uterine, se poate formulà astfel:

1) Menopauza aduce într'un număr preponderant de cazuri oprirea în dezvoltare a mioamelor şi uşurare în turburări.

2) Simptomele cari se observă la miom în menopauză sunt:

a) expulsiunea nu rară a miomilor submucoşi.

b) degenerescenţa sarcomatoasă,

c) hemoragii accidentale produse de cauze necunoscute.

3) Mioamele îşi pot continuà creşterea în menopauză, chiar rămânând tumori benigne, istologiceşte vorbind.

4) Operaţiunile de miom în menopauză nu sunt rare (în materialul autorului 5%).

Vechea propoziţie empirică, valabilă şi astăzi încă pentru destui practicieni, *cum că miomul îşi pierde importanţa clinică odată cu începerea menopauzei, nu mai păstrează decât o valoare relativă.*

Dr. Trancu-Rainer.

IGIENĂ ŞI TERAPEUTICĂ

Le babeurre en médecine infantile. *Arch. des Mal. des Enf.* Sept 1905. Scurtă revistă generală practică conţinând modul de preparaţie a babeurrului indicaţiunile, modul de administrare şi datele bibliografice principale.

Grigore Jacobson.

M. Brelet. Le thiocol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Arch. génér. de méd.* 7 Nov. 1905). Superior creozotului şi derivaţilor lui prin lipsa mirosului, slaba causticitate, marea solubilitate în apă absorpţie uşoară, tiocolul în doză de 2—3 grame pe zi este un bun adjuvant al curei higieno-dietetice în tuberculoza pulmonară cronică nefebrilă; modifică tusa şi expectoraţia.

M. P. Ciucă.

Crippa und **Tscherne.** Eine neue Form der Quecksilbersalbe (O formă nouă de alifie mercurială). *Wiener klinische Wochenschrift*, 1905, No. 31. Autorii fac un amestec de soluţie de săpun de glicerină cu două grăsimi, una animală (Ol. jecoris), alta vegetală (Ol. gynocardiae) şi un slab adaos de ol. menthae piperitae. Mercurul intră în această alifie în proporția de 33$^{1}/_{3}$ la sută. Incercări făcute la clinica lui Finger au dat rezultate bune. Unul din avantagiile acestei alifii este că pătrunde repede în piele. I s'a dat numele de *Gynochrysma hydrargyri*.

G. Z. P.

A. Cuillé. Traitement de la pneumonie. *(Arch, génér. de méd.* 7 Nov. 1905) In cazurile de pneumonie cu intoxicare profundă a organismului să face venesecție, injecție cu ser artificial; să dă stimulante cardiace (liquor Hoffmani) Nitroglicerina își găsește de asemenea aici indicația; digitala și belladona când primul zgomot al cordului începe a slăbi și în fine morfina rinichii fiind sănătoși.

M. P. Ciucă.

A. Cuillé. Le traitement du tic douloureux par l'acide osmique. *(Arch. génér. de méd.* 7 Nov. 1905). Secțiunea subcutanată a nervilor în cazurile de nevralgii nu-și ajunge totdeauna scopul din cauza regenerărei și restabilirei de anastomoze prin descoperirea nervului și injectarea în trunchiurile nervoase dintr'o soluție la 1$^{0}/_{0}$ acid osmic, să obține distrugerea complectă a firișoarelor nervoase și țesuturilor subjacente și formațiunea secondărei a unui țesut cicatricial impermeabil pentru influxul nervos.

M. P. Ciucă.

Elie Decherf. Traitement des gastro-entérites aigues et chroniques chez les enfants par le babeurre *Arch. de méd. des Enf.* Sept. 1905. Partea interesantă a acestui memoriu e privitoare la diferințele de compoziție între diferitele babeurre, după modul de preparație, autorul descrie cum se prepară babeurrul în regiunile Roubaix. Tourcoing, Dunkerque, Lille și într'o exploatație industrială de lângă Tourcoing.

El crede că adaosul de apă care se practică de obiceiu la țară în scop de a facilită facerea untului, e un lucru avantagios. de oarece astfel se găsește scăzut procentul de cazeină precum și aciditatea. Autorul lucrând cu un babeurre preparat industrial într'un mod ireproșabil, fără apă și foarte acid, a avut 2 insuccese pe cari le atribuă la concentrarea în cazeină și la aciditatea prea forte.

Despre indicațiunile babeurrului autorul crede că acest aliment e un *specific* în *toate infecțiunile intestinale acute și cronice ale copilăriei* Mai reușește încă și în cazurile în cari copiii nu profită cu laptele de vacă, și în cele mai rari în cari nu profită cu laptele de femee.

Grigore Jacobson.

Fleig. L'acide formique a-t-il une action tonimusculaire? *(Arch. gérér. de méd.* 31 Oct. et 7 Nov, 1905), Memoriu inspirat de tendința lui Garrigue și mai ales a lui Clément de a face din acidul formic o panaceue universală pentru toate boalele chiar cele cronice. După Clément efectele acidului formic s'ar rezumà în următoarele puncte, mărește forța musculară, activitatea mușchilor și rezistența lor la oboseală în proporții neașteptate, permițându-le recâștigarea imediată a energiei lor, în acelaș fel lucrând asupra mușchilor netezi ca și asupra celor striați. Experiențele și cercetările lui Fleig cu ergograful pentru muşchii striaţi şi o metodă specială pentru cei netezi nu confirmă nimic din cele constatate de G. şi C. toată acţiunea acidului formic reducându-se la o mărire neconstantă a poftei de mâncare şi o uşoară activare a diurezei.

M. P. Ciucă.

Emil Fischer u. J. v. Mering. Uber Proponal, ein Homologes des Veronal. (Asupra proponalului, un omolog al veronalului). *(Medizinische Klinik I.* 3 Dec. 1905). Autorii au preparat un produs dipropylureic înrudit cu veronalul, care e un compus dietyllureic şi pentru care propun numele de proponal. El ar posedà proprietăţi hipnotice şi mai pronunţate ca ale veronalului. Proponalul se prezintă sub forma unei pulbere cristaline puţin solubile în apă (in 70 părţi apă caldă şi în 1640 părţi apă rece) destul de solubilă în lichidele uşor alcaline.

Autorii l'au experimentat în 20 cazuri, de insomnie în doze de 0.15—0.50 centigr. cu foarte bune rezultate.

Somnul s'a produs 15—40 minute după administrarea sa şi a durat 6—9 ore, fără să fie urmat de nici o turburare ulterioară.

Studiul acţiunii comparative a proponalului şi a veronalului a arătat că proponalul e cel puţin tot aşà de activ ca veronalul în doze pe jumătate mai mici. Cu toate că e puţin solubil în apă, acţiunea sa energică s'ar explicà prin solubilizarea şi absorpţia rapidă în mediul uşor alcalin al intestinului.

Durerile sunt atenuate în urma administrării proponalului, ceeace nu se obţine prie veronal.

Acest nou hipnotic poate deci fi prescris cu succes în insomniile dureroase.

Proponalul se administrează sub formă de pulbere, cu puţină apă. Doza nu trebue să depăşească 0.50 centigr. Dejà însă ła cantitate de 0.15—0.20 centigr. se produce un efect hipnotic durabil.

S. Irimescu.

Flesch. Beitrag zur Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. (Contribuţie la tratamentul Leucemiei prin razele lui Röntgen) *Jahrb. f. Kinderh.* Sept. 1905. Studiu analytic asupra rezultatelor obţinute, în leucemie prin radiotherapie, cu observaţii personale. *Deşi nu se poate vorbì în nici un caz de vindecare definitivă,* totuşi ameliorările obţinute sunt însemnate şi se manifestează prin scăderea volumului splinei, prin îmbunătăţirea stării generale, dispariţia unor symptome ca diarrea, şi modificările sângelui (scăderea leucocitelor şi augmentarea globulelor roşii).

Insă de obiceiu la un moment dat, simptomele patologice reapar cu toată continuarea tratamentului.

Grigore Jacobson

O. Garlipp. Ueber die Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen polyvalenten Scharlachserum. (Asupra tratamentului scarlatinei cu serul polivalent a lui Moser). (*Medizinische Klinik I.* No. 51. 26 Nov. 1905. pag. 1311—1317). Părerile asupra eficacităţii serului lui Moser în scarlatină sunt împărţite. Unii autori relatează succese după întrebuinţarea sa, pe când alţii n'au avut decât rezultate puţin apreciabile, G l'a întrebuinţat în 9 cazuri dintre cari 6 de scarlatină gravă. In formele grave serul n'a modificat decât foarte puţin evoluţia maladiei. In cele mai uşoare influenţa sa a fost manifestă.

In toate cazurile s'a produs o scădere a temperaturei. O nouă ascensiune febrilă s'a observat însă în scarlatinele grave, câtevà zile în urmă. Reascensiunea aceasta termică nu s'a mai produs în formele uşoare.

Serul normal de cal, întrebuinţat în aceeaşi proporţie ca cel polivalent nu produce defervescenţă după Moser.

Garlipp însă în 5 cazuri a observat o scădere a temperaturei de 1°. 5—2°, de mai scurtă durată însă ca după serul polivalent O ameliorare a stărei generale poate fi constatată după injecţia serului polivalent. Exantemele, angina şi adenitele nu sunt însă modificate. Nefritele au fost frecuente în cazurile tratate de Galipp (5 din 9 cazuri).

Concluzia e că serul exercită o acţiune manifestă asupra temperaturei şi stărei generale în scarlatină. Injecţiile însă de cantităţi mari de ser, 100—200 cm. c. pot aveà şi desavantagii (exanteme, temperatură ridicată. inflamaţii articulare).

S, IRIMESCU.

Goldstein. **Enesol bei Luetikern.** (Enesol la sifilitici). *Monatshefte für praktische Dermatologie,* Bd. 40. No. 7. Acest preparat este un salicilat dublu de arsenic şi mercur, conţinând 38,46% Hg. şi 14,4% As. Este solubil în apă şi se elimineează repede. Autorul l'a încercat în cinci-zeci cazuri făcând 15—20—30 injecţiuni intramusculare cu 2 cm.^{3} de soluţie 3%. Aceasta constitue un tratament slab. De aceea îl recomandă numai pentru începutul unei cure, fiind repede absorbit de umori şi povăţueşte ca să se complecteze tratamentul cu o serie de injecţii insolubile pentru a prelungi cât se poate acţiunea mercurului.

Din cauza conţinutului său arsenical, această sare pare mai ales indicată la siflitici clorotici, anemici, tuberculoşi sau debilitaţi din ori ce cauză.

G. Z. P.

Lalesque. **Cure marine de la peritonite tuberculeuse.** *Arch. des mal. des Enf.* Sept. 1905. Lalesque protestează contra doctrinei medicale care impune de a nu se trimite pe ţărmul mării bolnavii cu manifestări tuberculoase viscerale sau seroase.

Autorul aduce 5 observaţii interesante de peritonite tuberculoase vindecate la Arcachon; vindecarea se menţine de mai mulţi ani. Cazuri identice de vindecare au fost observate la Berck de A. Martin. Printre bolnavii căutaţ, de Lalesque *unii aveau febră, alţii complicaţii tuberculoase pulmonarei pleurale sau intestinale.* Cura de mare nu poate aveà rezultate favorabile decât atuncea când e bine ordonată, când bolnavii au fost supuşi ca la munte, la o cură riguroasă de aer, de repaos şi de alimentaţie bună. Greşelele de tecnică pot provocà accidente grave cari sunt atribuite, pe nedrept climei.

GRIGORE JACOBSON.

O. Minkowski. **Zur Therapie des Magengeschwürs.** (Terapeutica ulcerului stomacal). *Medizinische Klinik I.* 3 Dec. 1905, pag. 1333—1337) Minkowski atrage atenţia asupra regimului recomandat de Lenhartz în ulcerul stomacului.

Ceea ce împedică vindecarea ulcerului stomacal, sunt următoarele cauze: distensia păretului stomacului prin cantitatea de lichid introdusă în regimul cu lapte de obiceiu recomandat, acțiunea acidului clorhidric secretat în abundență, anemia generală.

Lenhartz recomandă de aceea un regim alimentar foarte nutritiv sub un volum redus și puțin iritant, compus în mare parte din subslanțe azotoase. El dă chiar în ulcerele cu hematemesă, ouă 1—3 la început și apoi treptat până la 8, foarte puțin fierte aproape crude, o mică cantitate de lapte, începând cu 200 cm. c. și mergând cel mult până la un litru, zahăr 20—50 grame și chiar la sfârșitul primei săptămâni carne tocată fin, 35—70 grame. In a doua săptămână, orez sau griș fiert cu lapte, șuncă, unt.

Wirsing în 42 cazuri de ulcer tratate în felul acesta a avut rezultate bune, mai cu deosebire în formele cu hematemesă.

Minkowski a întrebuințat regimul acesta în 30 cazuri de ulcer, cu rezultate totdeauna bune. El a modificat întru câtva regimul prescris de Lenrtz, de oarece în cazurile cu hematemese a ținut bolnavii la dietă complectă în primele 2—3 zile. Foarte repede însă i-a alimentat, înlrebuințând un regim azotos, substanțial: ouă, smântână, unt, preparate azotoase ca somatosa, nutrosa etc, evitând însă alimentele sărate cari sunt foarte iritante pentru stomac.

S. IRIMESCU.

Hugo Meier. Versuche über Behandlung des Tetanus mit Brom. (Cercetări asupra tratamentului tetanosului cu brom). (*Medizinische Klinik I.* No, 51, 26 Nov. 1905), Intre tetanotoxină și strichnină, asemănările sunt numeroase. Acțiunea lor fiziologică e identică și Meier (Berl. Klin. Woch 1905, No. 38) a reușit să obțină un ser specific cu strichnina ca și cu tetanolysina.

M. aduce o nouă contribuție la asemănarea ce există între aceste substanțe. El arătase că e posibil de a împedică tetanosul strichninic cu preparate de brom, mai cu seamă cu bromocolul. In experiențe recente el a căutat să vadă dacă aceleași efecte nu se pot observà și pentru tetanosul bacterian.

Rezultatul a fost, că bromocolul injectat subcutan în soluție de 10%, la șoareci și la cobai îi apără contra dozei de mai multe ori mortală de toxină tetanică.

Experiențele acestea dau o bază mai positivă terapeuticei cu săruri de brom în tetanos.

S. IRIMESCU.

Pailhas. Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales. Rennes. 1905. Un voluminos și bine documentat raport prezintat celui de al XV-lea congres al medicilor neurologiști și psihiatrii francezi. In stările de excitațiune băile căldicele permanente sau prelungite sunt cele mai indicate, în general vorbind. Nu se va pierde însă din vedere că sub o stare de excitațiune aparentă se poate ascunde o stare reală rea a organelor și în aceste cazuri nu se va mai întrebuință acest tratament depresiv și debilitant. In aceste din urmă cazuri băile răcoritoare sau reci de scurtă durată, cearceafurile umede și reci cu aplicațiuni reci asupra capului îşi vor găsì mai degraba indicaţiunea. In excitaţiunea maniacă isterică aceste diferite mijloace de tratament vor putea fi utilizate după cazuri. Excitaţiunea epilepticilor se va puteà combate, fie prin baia prelungită, fie prin cearceafurile umede. Dar se va căutà mai cu seamă a o prevenì, fie prin ultimul mijloc, fie prin loţiuni, duşuri reci, sau răcite gradat. In paralizia generală agitaţiunea va fi combătută prin băile prelungite cu aplicaţiuni reci asupra capului.

In stările cronice în general, băile prelungite, cari pot da loc la sincope, nu vor fi întrebuinţate decât cu multă circumspecţie.

Prezenţa melancoliei nu exclude o stare de excitaţie. In cazurile de melancolie anxioasă şi chiar în melancolia cu conştiinţă, tensiunea dureroasă a sistemului nervos va fi favorabil influenţată de băi prelungite 1—2 ore la temperatura de 28—32°.

In formele uşoare de depresiune melancolică, vecine cu neurastenia, se vor întrebuinţà duşurile scoţiene sau dacă bolnavul le poate suportà, duşurile reci scurte, immersiunea rapidă în apă rece, loţiunile reci, fricţiunile cu cearceaful umed şi bine stors, etc.

In formele de melancolie cu stupoare, când starea generală o permite, se vor întrebuinţà băile calde, băile căldicele sinapizate, cearceafurile umede de scurtă durată, duşurile scoţiene, loţiunile stimulante şi numai mai târziu băile sau duşurile reci.

In formele cu stare generală rea, nu se va recurge decât la maniluve, sau pediluve calde sau sinapizate. In intoxicaţiuni şi infecţiuni se va aveà de asemenea în vedere starea generală a bolnavilor. In delirium tremens se vor întrebuinţà băile reci. In delirul acut cearceafurile reci mai mult sau mai puţin prelungite. Clinicianul va căutà totdeauna să combine diferitele mijloace după necesitatea cazului său. Băile prelungite vor puteà fi utilizate cu succes în perioada prodromică a maladiilor mentale. In alte cazuri hidroterapia va fi întrebuinţată ca mijloc profilactic.

C. Parhon.

A. Pilez. Uber Heilversuche an Paralytikern (Cercetări terapeutice la paraliticii generali). *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* 25 Band. 2—3 Heft. 1905. Plecând dela observaţiunea unor cazuri de vindecare, ameliorare sau remisiune a unor psihoze sub influenţa unei maladii infecţioase, Wagner a indicat o nouă metodă de tratament a psihozelor prin injecţiuni de tuberculină. Pilcz a experimentat această metodă pe 66 paralitici generali, lăsând un număr egal fără tratament. Dozele de tuberculina lui Koch injectate au variat între 0,01—0,1.

Din 66 bolnavi trataţi astfel, 2 n'au reacţionat de loc. La ceilalţi temperatura s'a urcat până la 37.5 în 5 cazuri; până la 38.5 în 22 cazuri; până la 39.5 în alte 22 cazuri; peste 39.5 în 15 cazuri.

După Pilcz nu se poate contestà că bolnavii trataţi astfel sunt influenţaţi în bine căci pe un număr egal de cazuri supravieţuesc mai mulţi din cei injectaţi cu tuberculină decât din martori. In afară de aceasta din cei supravieţuitori între cei trataţi se găsesc mai puţini bolnavi în perioada terminală decât între cei netrataţi. Autorul observă că în cazurile de ameliorări sub influenţa unei infecţiuni, observate în clinică tuberculoza pare a aveà o slabă influență comparativ cu infecțiunile strepto sau stafilococice. S'ar puteà găsì deci un procedeu mai apropiat de acela prin care lucrează natura. Principiul în sine e însă important.

C. Parhon.

R. Quest. **Zur Therapie des Scharlachs.** (Contribuție la terapia scarlatinii). Din clinica Czerny — Breslau. *Deutsche med. Woch.* 1905. No 25. S'a aplicat seroterapia antistreptococică în 21 de cazuri, a căror observații sunt date. In 11 cazuri s'a întrebuințat serul lui Bujwid, care se prepară cu un streptococ izolat dintr'un caz de scarlatină și exaltat în virulența sa pentru iepurele de casă, grație unor treceri numeroase prin organizmul acestui animal. Acest ser e în stare să paralizeze de 10 ori doza mortală de streptococi. Doza injectată a variat dela 44 cm^3—55 cm.^{3}; în 2 cazuri s'a repetat injecția. — In celelalte 10 cazuri s'a injectat serul lui Moser, polivalent; pentru preparația acestui ser se injectează calului streptococi izolați din numeroase cazuri grave (10—20 și mai bine) și netrecuți prin organizmul animalelor de experiență, pentru a nu le scădeà virulența față de organizmul uman. Doza injectată a variat dela 150 cm.^{3}—200 cm.^{3}; mai dese-ori s'a injectat câtimea cea din urmă. — Cazurile n'au fost numai grave, ci și mai ușoare. Vre-un succes eclatant nu s'a văzut. Angina n'a fost influențată de loc, dezvoltarea exantemului n'a putut fi împiedicată, starea generală nu s'a ameliorat în mod vădit decât în puține cazuri, febra n'a fost înrâurită în marea majoritate a cazurilor (în 2 cazuri s'a produs în interval de 24 de ore scăderi de 1°8 și de 0°9).

Dr. Rainer.

E. Reisz. **Anesthesin gegen Erbrechen.** (Anestesina contra vărsăturilor). (*Therapie d. Gegenwart,* Oct. 1905, pag. 458—460). Anestesina, eterul etilic al acidului paraamidobenzoic are o acțiune paralizantă asupra terminărilor nervoase sensitive din mucoasa stomacală, așà încât vărsăturile provocate pe cale reflexă, în urma iritației mucoasei stomacului, pot fi combătute prin acest medicament.

In catarurile acute ale stomacului, chiar în ulcerele stomacale însoțite de vărsături, anestesina dă rezultate foarte bune. In malarie, anestesina permite bolnavului să ia chinina fără vărsături. Doza necesară e de 0,50 centigr. de 3 ori pe zi. Se pot luà însă și cantități mai mari, fără nici un pericol, până la 8 grame pe zi, câte 0,50 centigr. la $^1/_4$ oră până la încetarea vărsăturilor. Medicamentul se dă în capsule.

In vărsăturile de origină centrală, anestesina nu dă rezultate. In vărsăturile gravidelor, cu punct de plecare uterin, anestesina de asemenea nu reușește. Când însă și stomacul e iritat, în urma modificărilor produse de graviditate în întregul organizm, rezultatele sunt mai bune.

In crisele gastrice tabetice, anestesina n'are nici un efect.

S. Irimescu.

J. Sizaret. **Note sur le traitement de la crise d'Epilepsie.** (Communication au XV-me Congrès des alienistes et neurologistes français). *Revue Neurologique,* No. 16, 1905. Pornind dela starea asfixică a epilepticilor în acces şi dela faptul că asfixia de ori ce origină e însoţită în general de convulsiuni, **Sizaret** are ideea să încerce inhalaţiunile de oxigen în timpul acceselor de epilepsie. Rezultatele au fost satisfăcătoare, căci după acest autor inhalaţiunile de oxigen fac să înceteze repede criza de epilepsie.

C. Parhon.

MICROBIOLOGIE ŞI ANATOMIE PATOLOGICĂ.

H. Beitzke. Ueber den Weg der Tuberkelbacillen von der Mund—u. Rachenhöhle zu den Lungen. (Despre calea urmată de bacilii tuberculozei spre a ajunge din cavitatea buco-faringiană în plămâni). Din Institutul de Patologie din Berlin. Comunicare prealabilă. *Berl. klin. Woch.* 1905. No. 31. — Diferiţi autori au susţinut trei asemenea căi cu etapele lor: 1. *Ganglioni cervicali—trunchiu colector limfatic — vena cavă superioară—inima—plămâni;* 2. *Ganglioni cervicali—ganglioni supraclaviculari—domul pleural—vârful pulmonar;* 3. *Ganglionii cervicali—ganglioni bronhici—plămânii.* Injecţiile limfaticelor făcute de B. i-au arătat că numai hipoteza întâia e bine sprijinită de anatomie; hipoteza a doua mult mai puţin, căci numai uneori a putut găsi o legătură directă între acei ganglioni cervicali, cari ne interesează aici, şi ganglionii supra-claviculari *fără ca lichidul injectat să ajungă însă la domul pleural;* hipoteza a treia n'are nici un temei anatomic.

Cercetări experimentale în sensul acesta, în cari B. a căutat să evite în mod mai riguros, de cum au făcut-o alţi autori, infecţia pe calea respiratorie i-au arătat că infecţia tuberculoasă a plămânilor, pornită din ganglioni cervicali, s'a făcut totdeauna prin mijlocirea sângelui; ceeace vorbeşte pentru hipoteza întâia.

Autopsiind un număr mai mare de cazuri de tuberculoză infantilă, a constatat, că în majoritatea covârşitoare a cazurilor, leziunile ganglionare cele mai vechi şi cele mai însemnate se găsesc în ganglionii bronhici; dela dânşii porneşte de regulă tuberculoza ganglionară ascendentă până la îmbucătura trunchiurilor colectoare ale limfei. De multe ori se găseşte pe lângă aceasta o tuberculoză ganglionară care descinde dela ganglionii submaxilari şi care aproape totdeauna e mai puţin însemnată şi mai recentă. Concluzia autorului este, că la copii în regulă generală ganglionii bronhici sunt primul sediu al tuberculozei; tuberculoza ganglionilor cervicali n'ar jucă, decât în mod excepţional, un rol în geneza tuberculozei pulmonare la om.

Dr. Rainer.

Bokay. Meine neueren Erfahrungen über das Mosersche polyvalénte Scharlachserum (nouile mele cercetări asupra serului antiscarlatinos polyvalent lui Moser) *Iahrb. f. Kinderh.* Sept. 1905. Aceste cercetări sunt foarte favorabile serului lui Moser. După 24 ore dejà după injecţie se poate constată o influenţă favorabilă asupra stării generale şi aceasta nu numai în cazurile în cari se observă o scădere de temperatură însemnată, dar şi în cele în cari scăderea e mai puţin accentuată. Se observă o dispariţie subită a simptomelor cerebrale grave, erupţia devine mai palidă, febră scade de vre'o 2.1°C. în medie, (0.9° până la 3.4°) se observă o scădere a numărului pulsaţiunilor şi o ameliorare a calităţii pulsului; autorul a constatat încă o influenţă favorabilă asupra necrosei feningee; nefritele nu au fost mai frecuente după injecţii şi au fost benigne în toate cazurile; în unele chiar injecţia a părut că ameliorează albuminuria.

Concluzia este că serul lui Moser pare într'adevăr a exercità o influenţă antitoxică asupra scarlatinei.

GRIGORE JACOBSON.

Ceni. Potere patogeno dell'Aspergillus Ochraceus e suo rapporto coll'etiologia e patogenesi della pellagra. (*Revista sperimentale di Freniatria* XXXI. Fasc. II, Iulie 1905, pag, 231—245). Aspergilul ochraceu a fost izolat în cantităţi considerabile şi în cultură aproape pură dintr'o locuinţă insalubră a Apeninilor, locuită de o familie atinsă de pelagră cronică. Ifomicetul acesta e patogen şi elaborează substanţe toxice cu caracter depresiv analoge cu cele ale Aspergilului niger şi ale Peniciliului glaucum. Gradul său de toxicitate e chiar superior aceluia al Aspergilului niger şi al Peniciliului.

Se produc simptome cu caracter depresiv, în urma introducerii acestui aspergil în organizmul animal, sau a toxinelor pe cari le elaborează prin injecţie intraperitoneală sau pe cale bucală. Substanţele toxice se pot extrage cu apă sau alcool prin ebuliţiune. Germenii aceştia fiind date principiile lor toxice, trebue să fie consideraţi ca provocând mai cu seamă formele de pelagra cronică.

Acţiunea toxică a parasitului variază cu diferitele epoci ale anului, prezintând maximul său primăvara, vara şi toamna.

S. IRIMESCU.

Conradi u. Kurpyuweit. Ueber die Bedeutung der bakteriellen Hemmungsstoffe für die Physiologie und Pathologie des Darmes. (Asupra importanţei substanţelor bacteriane împedicătoare pentru fisiologia şi patologia intestinului). (*Münchener Med. Wochenschrift.* No. 45 u. 46. 1905). Autorii studiază importanţa substanţelor produse de bacteriile care se dezvoltă în intestin. Numărul bacteriilor intestinale e foarte mare. După cercetările lui Strassburger se găsesc în intestin 126 bilioane bacterii sau după alte calcule, în 17—25 grame, residuu uscat al materiilor fecale în 24 de ore — residuu care variază, după cum regimul e azotos sau vegetarian — a treia parte e compusă din bacterii.

In ceeace priveşte origina bacteriilor intestinale, autorii citează experienţa lui Hermann: dubla ligatură a ansei intestinale la câine—în urma căreia se adună în intestin un conţinut fecaloid, compus din mucus, epitelii intestinale şi microbi. Experienţa aceasta arată, că un număr oarecare de microbi intestinali se dezvoltă chiar independent de introducerea alimentelor.

Rolul acestor microbi în digestia substanţelor albuminoide în intestin e nul, după experienţele lui Macfadyen, Nencki şi Sieber.

S'ar putea însă că rolul acestor microbi să fie un altul. Eijkmann arătase dejà că pe plăci de geloză amestecate cu materii fecale, microbii însămânţaţi se dezvoltă puţin abundent, de oarece materiile fecale conţin substanţe împedicătoare produse prin dezvoltarea microbilor intestinali cari opresc dezvoltarea lor.

C. și *K.* au studiat mai de aproape aceste substanțe și au văzut că chiar în proporția de 1: 10000, materiile fecale introduse în mediile de cultură, impedică dezvoltarea diferitelor micro-organizme. Existența acestor substanțe explică de ce numai 1—4% și chiar mai puțin—0.07% după experiențele lui Strassburger—din bacteriile care se află în materiile fecale, se pot dezvoltà după însămânțarea lor pe diferite medii de cultură. Microbii care se dezvoltă mai abundent și permanent în intestin, cum e bacilul coli, iau partea cea mai importantă la producerea acestor substanțe. Dacă toate bacteriile nu sunt distruse, e că o parte din ele se obișnuesc cu substanțele toxice produse prin dezvoltarea lor. In felul acesta se produce o rasă de coli, care imunizată contra propriilor sale produse toxice, împedică dezvoltarea celorlalți microbi. Tot acestor substanțe e datorit faptul că în intestin putrefacția fiind redusă la minimul posibil, anto-intoxicațiile intestinale nu există în stare normală.

Microbii patogeni introduși pe cale bucală, nu se dezvoltă în intestin din cauza prezenței acestor substanțe. Astfel se explică de asemenea, de ce bacilul lui Eberth se dezvoltă așà de greu când să însămânțează din materiile fecale, de oarece în trajectul intestinului gros a fost supus la acțiunea substanțelor produse de microbii intestinului.

In afecțiunile cu diaree — cholera, disenterie, intoxicații intestinale — rolul acestor substanțe e minim, de oarece materiile fecale numai stagnează în intestinul gros. Se găsesc pentru aceea, un număr enorm de microbi patogeni în materiile fecale, în cazurile acestea.

Un alt fapt studiat de autori e că în afecțiile intestinale, substanțele acestea și-au perdut mult din proprietățile lor, în ceace privește împedicarea dezvoltării microbilor patogeni.

S. Irimescu.

E. Dorn, E. Baumann, S. Valentiner. Ueber die Einwirkung der Radiumemanation auf pathogene Bakterien (Acțiunea emanațiunilor de radiu asupra bacteriilor patogene), (*Zeitschrift f. Hyg. L. II, Bd. Heft* 2. September 1905), Bouchard, Curie și Balthazard arătaseră că animalele mici sunt omorâte când respirau emanațiunile de radiu.

Autorii au căutat să vadă dacă o acțiune destructivă e exercitată prin aceste emanațiuni asupra bacteriilor patogene. Rezultatul a fost că 30 miligrame bromur de radiu dizolvate în câtevà picături de apă, împedică dezvoltarea bacililor tifici, difterici, vibrionului choleric și bacililor tifosului șoarecilor.

Emanațiunile de radiu se comportă însă ca un gaz greu difusibil așà în cât nu pot aveà o acțiune fisiologică bine marcată.

S. Irimescu.

Prof. P. Ehrlich u. H. Apolant. Beobachtungen über maligne Mäusetumoren (Observațiuni despre tumori maligne la șoareci). *Berl. Klin. Woch.* 1905. No. 28.— In institutul lui Ehrlich s'au studiat în 2 ani 164 de cazuri de tumori spontanee la șoarece. Toate animalele atinse erau femele bătrâne, la toate glanda mamară dăduse naștere tumorii. Acestea se aplică și la cele 30 de cazuri de tumori spontanee studiate la Institutul Pasteur. Histologicește, tumorile sunt ori adenoame pure ori adenocarcinoame;

uneori se găsesc în aceeaşi tumoare părţi adenomatoase pe lângă părţi carcinomatoase şi numeroase tranziţii.

Un număr de 71 de tumori primitive au fost întrebuinţate pentru inoculaţii; ele n'au răuşit decât pentru 10 din cele 71 de tumori. Femelele bătrâne nu par a aveà nici o predispoziţie pentru dobândirea tumorilor pe această cale, vârsta şi sexul animalelor de experienţă nu joacă vreun rol apreciabil. — Transplantările continuate mult timp au dat 2 rezultate importante: 1) Energia primitivă de creştere a tumorilor ie foarte variabilă; 2) Contrar experienţelor lui Jensen şi ale lui Borrel, la majoritatea tumorilor se poate obţine o creştere însemnată a virulenţei graţie inoculărilor repetate. Aşa, de pildă, inoculările făcute cu tumoarea primitivă No. 7 din institutul lui Ehrlich reuşesc de un timp încoace în proporţie de 80%—100%. Aceeaşi tumoare, în 27 de luni i-a dat 60 de generaţii, pe când cu o altă tumoare primitivă n'a putut obţine în acelaşi timp decât 6 generaţii. Excesiva tendinţă la proliferaţie a acestei tumori, fără îndoială că este un caracter de malignitate.

In cursul acestor experienţe s'a mai observat un fapt cu deosebire interesant: *ivirea unui sarcom pe tărâmul unui carcinom.*

Un adenocarcinom cu chiste şi cu papile, inoculat în serie, a crescut neschimbat în generaţia 1, 2 şi a 6. In generaţia a 10, însă el devenise o tumoare mixtă; alveolele canceroase f. rare, erau separate printr'o ţesătură de sarcom fuzicelular tipic. Dela generaţia 14. înainte, tumoarea a devenit un sarcom fuzicelular pur, nu mai există nici o urmă de epitelii şi s'a cultivat astfel, până acum, în 26 de generaţii, fără ca să i se mai schimbe caracterul. Inoculaţiile reuşesc în mod constant în mai bine de 90% din cazuri. — Dacă se injectează unui şoarece un amestec din acest sarcom cu un carcinom, atunci se obţin tumori mixte, în cari însă după 2—3 generaţii predomină sarcomul şi rămâne.

DR. RAINER.

Flesch u. Schlossberger. Die Veränderungen des „Neutrophilen Blutbildes" bei Infektions-Krankheiten. (Modificările formulei neutrofile a sângelui în Infecţiuni) *Iahrb. f. Kinderh.* Sept. 1905. Autorii caută a verifică cercetările lui Arneth după cari, în sângele normal, există o proporţie aproape constantă între leucocyţii polynucleari neutrofili cu 1, 2, 3, 4, 5 şi mai mulţi nuclei. — Aşà după Arneth în starea normală se găseşte 4—5% neutrofili cu 1 nucleu, vre-o 3% cu 2 nuclei, 41—48%, cu 3 nuclei, 17—23% cu 4 nuclei, şi 2—4% cu 5 sau mai mulţi nuclei. Fiecare din aceste grupuri se subdivid după forma nucleilor ... dar aeeste subdiviziuni n'au mare interes. In cas de boală infecţioasă se produce în această formulă o modificare constând în augmentarea numărului neutrofilelor mononucleaţi, pe când numărul neutrofililor din diferitele grupuri de polynucleaţi, scade. Aceste modificări sunt independente de leucocytoză şi se găsesc asemenea în caz de hyperleucocytoză precum şi în caz de hypoleucocitoză.

Autorii studiează formula neutrofililor mai întâiu în starea normală şi pe urmă într'un mare număr de cazuri de boale infecţioase şi expun într'un mod amănunţit rezultatele obţinute.

Concluşiile principale sunt:

1) Există într'adevăr în starea normală proporţia constantă semnalată de Arneth între diferitele varietăţi de neutrofile. Această proporţie e independentă în vârstă (1).

2) Boalele infecţioase au asupra formulei neutrofile o influenţă variabilă. Sensul modificării depinde de natura procesului dar e independent de gravitatea şi de evoluţia infecţiunii şi n'are nici un raport cu numărul leucocytelor:

3) La o formă de infecţiune corespunde mai mult sau mai puţin formule identice, dar o formulă anume poate să corespundă la mai multe forme de infecţiuni.

4) Pentru diagnostic, cercetarea formulei neutrofile e cu totul secundară, deşi în unele cazuri poate da rezultate interesante.

5) Pentru prognostic această formulă n'are nici o valoare.

GRIGORE JACOBSON.

Fleystrup u. Scheel. Niels R. Finsens Krankhett (Fall von Peritonitis chronica hyperplastica exsudativa). Maladia lui Finsen. Un caz de peritonită cronică exsudativă. (*Therapie der Gegenvart.* 1905, Iulie). Fleystrup şi Scheel publică istoricul boalei lui Finsen, ilustrul descoperitor al phototerapiei.

Interesul cazului constă în auto-observaţia bolnavului, luată cu o rigoare absolut ştiinţifică.

Severitatea regimului pe care şi l'a impus, ca să poată fi mai puţin incomodat de boală şi în felul acesta să deà munca sistematică care l'a dus la descoperiri fundamentale, e un exemplu admirabil de stoicizm antic.

Cazul maladiei lui Finsen e important prin el singur.

Boala sa data de cel puţin 22 ani.

Autopsia a arătat că erà vorba de o perihepatită, o peritonită cronică exsudativă şi de o simfiză pericardică. O revistă generală a acestei afecţiuni şi protocolul autopsiei lui Finsen sunt anexate la observaţie.

S. IRIMESCU.

E. Hoffmann. Ueber das Vorkommen von Spirochaeten bei ulcerierten Carcinomen. (Despre existenţa spirohetilor în cancere ulcerate). *Berl. klin. Woch.* 1905 No. 28.—H. relatează, că a găsit spiroheţi la suprafaţa ulcerată a 3 cancere, dintre cari unu al gâtului uterin, iar două ale pielii. In cea mai mare parte, ei aveau caracterele spirohetului zis „refringens“, unii aminteau pe Sp. pallida, dar un ochiu exercitat puteà să-i deosebească de acesta. In interiorul nodulilor canceroşi neulceraţi, H. n'a găsit spiroheţi. Şi cu această ocazie, H. a constatat cu coloraţia lui Giemsa în interiorul parasitului formaţiuni probabil de natură nucleară.

DR. RAINER.

---

(1) Iată cifrele găsite de Flesch şi Schlossberger cari diferă puţin de cele date de Arneth;

1	2	3	4	5 etc.
36%	45%	15%	3%	rari

Gottfried Hüsler. **Beiträge zur Lehre von den Harnblasengeschwülsten im Kindesalter.** (Contribuţie la studiul tumoarelor vesicale în copilărie). *Iahrb. f. Kinderh.* Aug. 1905. Relaţie asupra 3 cazuri personale de tumori rare ale beşicei la copii, cu autopsii şi examene microscopice amănunţite. Cu acest prilej Hüsler resumă şi celelalte observaţii publicate şi din toate cazurile cunoscute extrage o descripţie clinică generală, a tumoarelor vezicale în copilărie, clară şi foarte sistematică. Memoriul se termină cu o bogată notiţă bibliografică.

GRIGORE JACOBSON.

Juliusberg. **Zur Kenntniss des Virus des Molluscum contagiosum des Menschen.** (Spre cunoştinţa virusului moluscului contagios la om). *Deutsche med. Wochenschrift.* 1905, No. 40. Ca şi Retzius, Vidal, Haab, Pick şi Nobl, autorul a reuşit după mai multe rezultate negative să inoculeze moluscul. De oarece însă există multă analogie din diferite puncte de vedere între moluscum şi epithelioma contagiosum al găinii, al cărui virus, după cum au probat Marx şi Sticker, este filtrabil, autorul a avut ideia de a încercà inoculaţia cu rezultatul filtrării unui moluscum pentru a câştigà ceva noţiuni noui asupra agentului acestei boale. Din opt elemente tipice a extras conţinutul l'a triturat cu nisip fin şi l'a diluat într'o soluţie fiziologică, apoi l'a filtrat printr'un filtru Chamberland impermeabil pentru bacterii. A inoculat filtratul la doi colegi ai săi şi sieşi la braţ, obţinând deocamdată numai o dermatită trecătoare. La unul însă, după 50 de zile au apărut la locul inoculaţiei 60 de elemente tip, în care microscopul desvelì corpusculele moluscoide.

Prin aceasta se dovedeşte că virusul moluscului contagios este filtrabil şi prin urmare face parte din microorganismele invizibile, cel puţin într'unul din stadiile dezvoltării sale. Şi în aceasta se mai vede o analogie cu epitelioma găinilor. In ceea ce priveşte însă prelungirea inoculaţiei prin faptul filtrării virusului, precum se întâmplă în epitelioma găinilor, se vede că acesta nu este cazul în moluscum, de oarece incubaţia acestei boale în inoculaţia cu virus nefiltrat este de 2—6 luni.

G. Z. P.

Migliorini. **Mioma perivascolare della pelle.** (Angiomiom al pielei). *Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle,* 1905, p. 64. La o femee de 54 ani, în ipodermul regiunii maleolare externe, autorul a găsit o tumoră globuloasă de mărimea unei alune, dezvoltată într'un spaţiu de 12 mm. Erà compusă din fibre musculare netede dispuse în fascicule de diferite volume şi cu diferite direcţiuni; elementul fibro-conjunctiv foarte sărac; ţesutul elastic foarte rar, nu se colorează decât împrejurul vaselor de calibru mijlociu. Tumora este mărginită de o capsulă conectivă.

Fibrele musculare se nasc pe păreţii vaselor. In centru o arteră mai voluminoasă este înconjurată de o tunică musculară longitudinală de grosime inegală, din care pleacă câtevà fascicule oblice sau circulare şi se unesc cu altele aşezate mai în afară şi despărţite de cele longitudinale prin puţine fibre conjunctive sau elastice. Imprejurul celorlalte vase, fibrele musculare au o direcţie în general longitudinală. Imprejurul vaselor celor mai mici fibrele sunt paralele cu axul lor.

G. Z. P.

Pelagatti. Alterazioni del midollo osseo in un caso di pemfigo. (Alterațiuni ale măduvei osoase într'un caz de pemfigus). *Giorn. ital. delle mal. vener.* 1905, p. 64. Este vorba de un caz de pemfigus generalizat la un om de 60 de ani, terminat letal după 30 de zile. Examenul sângelui făcut o zi înainte de moarte a dat rezultatele următoare: eritrociți 2.300.000, leucociți 12.500 și anume: limfociți 2, leucociți mari cu protoplasma omogenă 14, mielociți neutrofili 4, leucociți ziși de transiție 18, polinucleari 61, eosinofili 1. In măduva proaspătă din femur se văd: 75% mononucleari cu protoplasma omogenă, mulți în kariokineză, 12% eosinofili, 7% limfociți cu mai multă protoplasmă, 6% mononucleari cu protoplasma granuloasă bazofilă sau neutrofilă; se mai văd și câțiva megakariociți și rari polinucleari cu granulații acidofili sau neutrofili, aceștia din urmă reprezintă 0,5% din toți leucociții măduvei; eritrociții mai puțini ca normal; cei cu nucleu sunt foarte rari și se deosibesc greu de limfociți fiind lipsiți de emoglobina lor.

Pe secțiuni de măduvă întărită se vede o reacțiune leucocitară intensă la periferie și descrescând în spre centru, care este ocupat de areole grăsoase despărțite în unele locuri de simple fibrile, în altele de tracturi îngroșate cu o substanță amorfă. Capilarele erau în multe puncte subțiate și goale, în altele și mai ales în preajma zonei grăsoase erau dilatate în formă de ploscă și pline de globule, iar împrejurul lor se văd rari mielociți. In părțile măduvei cari au reacționat se găsesc lacune pline de sânge, cari par în contact direct cu grămezile de leucociți. Printre mielociți se văd câteva globule roșii deformate. Numărul eritrociților erà de fapt cu mult mai mic decât în măduva sănătoasă. Morfologia și proporția diferitelor elemente din grămezile celulare erà aceiaș ca în măduva proaspătă, adăogându-se aproape 1% mononucleari cu granulațiuni iodofile.

După autor aceste leziuni medulare sprijină teoria după care pemfigusul este o ematodermie.

G. Z. P.

Carl Spengler. Zur Formaldehyd—Abtödtung der Tuberkel und anderer säurefester Bacillen, (Asupra acțiunei desinfectante și asupra cultivării cu ajutorul formolului a bacililor tuberculoși și acido-resistenți), (*Zeitschrift f. Hygiene. L.II. Bd. Heft. 2*, Sept 1905), Spengler arată că formolul chiar în cantități de 500 ori mai mari decât cele întrebuințate în procedeul lui Flügge, nu împedică dezvoltarea bacililor tuberculoși.

Spengler a făcut experiențe cu bacilii tuberculoși și cu bacilii paratuberculoși, cum e bacilul smegmei. Aceștia din urmă sunt mai puțin resistenți ca bacilul lui Koch așà încât rezultatele obținute cu ei se aplică a fortiori bacilului tuberculosei. Rezultatele au fost că formolul chiar în proporție de 5 litri pentru un spațiu de 1 metru cub nu distruge bacili tuberculoși.

Acțiunea desinfectantă energică a formolului față de celelalte bacterii poate fi utilizată pentru a izolà bacilul lui Koch din spute.

Mediul recomandat de S. pentru însemânțarea sputelor formolizate și care dă cele mai bune rezultate în ceeace privește dezvoltarea bacilului lui Koch are compoziția următoare: Extr Liebig 2—5 grame, Clorur de sodiu 5 grame. Peptonă Witte sau Chapoteant 5—10 grame Glycerina 20 cm. c. Sodă 2 grame. Agar 15 grame. Apă 1 litru.

S. Irimescu.

Carl Spengler. Die Sengzüchtung der Tuberkelbacillen aus Sputum (Cultivarea bacililor tuberculoşi din spută). (*Zeitschrift f. Hygione L. II. Bd, 2 Heft.* 1905 Sept.). Spengler indică procedeul următor pentru cultivarea bacililor tuberculoşi din spută. El e bazat pe sterilizarea parţială a sputei tuberculoase prin acţiunea căldurii care distruge bacteriile asociate şi lasă intacţi bacilii tuberculoşi. O mică cantitate din spută—se ia din părţile mai consistente — cât o alună mică se culege pe un fir de platină şi se apropie de 2—3 ori de flacără până ia o coloare brună şi o aparenţă sferoidală. Se însămânţează apoi pe ser glycerinat ($2^{0}/_{0}$) sau pe agar glycerinat ; 8—14 zile în urmă se face o nouă însemânţare din primele tuburi însemânţate şi se obţine astfel culturi pure de bacil tuberculos.

S. IRIMESCU.

André Thomas. Atrophie lamellaire des cellules de Purkinje. *Revue Neurologique*, No. 18, 1905. Observaţiunea unei femei prezentând unele simptome ca turburări de equilibru şi de mers, titubaţiune, ce deşteptau ideea unei afecţiuni cerebeloasă. Alte simptome însă ca o tremurătură foarte pronunţată în mişcările intenţionate, ipotonie, semnul lui Romberg făceau pe autor să presupună că cerebelul nu e singur în cauză, gândindu-se mai mult la o scleroză în plăci.

Examenul anatomopatologic a infirmat acest din urmă diagnostic. Cerebelul păreà normal macroscopiceşte.

Microscopiceşte însă s'a putut constatà dispariţia unui mare număr din celulele lui Purkinje. Un fapt greu de explicat e absenţa ori cărei leziuni degenerative în substanţa albă. Simptomele prezintate de bolnavă nu erau congenitale. E deci natural ca şi leziunea să fie câştigată mai târziu, după naştere. Din punct de vedere patogenetic turburările de equilibru şi de mers, titubaţiunea, nistagmusul pot fi explicate prin leziunea cerebeloasă.

Pentru explicarea ipotoniei, tremurăturei intenţionate, semnului lui Romberg şi a celui al lui Babinski, simptome ce existau în acest caz, leziunea cerebeloasă nu e suficientă.

Pentru interpretarea lor Thomas se serveşte de o altă leziune găsită în acest caz şi anume o atrofie a cornului anterior cu dispariţia multor celule ganglionare cari sunt înlocuite printr'o împăslire de fibre nevroglice în care se intercalează câţivà nuclei şi câţivà corpusculi hialini. Leziunea aminteşte pe acea din cerebel şi probabil e sincronă cu ea.

Semnul lui Babinski s'ar explicà prin leziunea fibrelor piramidale in traectul lor în cornul anterior.

C. PARHON

George A. Watson. Note on Ricinand Abrin Experiments. (Experienţe făcute cu ricina şi abrina). *British. medical Journal.* 1905. Oct. 28, pag. 1091. Experienţele au fost făcute cu scopul de a determinà dacă imunitatea se transmite printr'unul sau prin ambii părinţi şi într'acelaşi timp pentru a stabilì dacă sângele sau laptele mamei e vectorul acestei imunităţi.

Rezultatele au fost că atunci când masculul e singur imunisat nu transmite imunitatea. Când şi femela şi masculul sunt imunizaţi, imunitatea transmisă e considerabilă. Prin laptele femeii, inoculată după naştere imunitatea se transmite foarte bine.

S. IRIMESCU.

NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE

W. v. Bechterew. Ueber Veränderungen der Muskelsensibilität bei Tabes und anderen pathologischen zuständen und ubër den Myosthesiometer. (Asupra modificărilor sensibilităţii musculare în Tabes şi alte stări patologice şi asupra Miostesiometrului). *Neurologisches Centralblatt*. No. 21 1905. Autorul insistă asupra turburărilor sensibilităţii la presiune a maselor musculare în tabes. Aceste turburări ce constau în diminuarea sau abolirea sensibilităţii la presiune merg adeseori paralel, fără să fie o legătură constantă, cu turburările sensibilităţii la presiune a trunchiurilor nervoase. Turburările sunt de obiceiu mai frequente şi mai intense la membrele inferioare dar se întâlnesc şi la cele superioare. Alteraţiuni de acelaş fel găsim şi în alte cazuri (ca nevrite traumatice, mielite, alte leziuni în focar medulare sau cerebrale) în cari calea sensitivă e interesată. Din punct de vedere al diagnosticului, starea sensibilităţii la presiune poate servì la diferenţierea tabesulului în care găsim turburări de deficit de pseudo-tabesul nevritic în care presiunea maselor musculare e dureroasă.

Autorul a imaginat un instrument pe care'l numeşte miostesiometru şi care constă dintr'un compas ale cărui ramuri se termină prin nişte capete rotunjite ce servă la compresiuuea ţesuturilor. Pe una din ramuri se află adaptată o scală orizontală ce măsoară gradul presiunii.

Amintesc acì că d-l prof. Marinescu s'a servit în acelaş scop de sfigmomanometrul lui Bloch. Gradul presiunii erà măsurat şi acì pe o scală gradată. Procedeul întrebuinţat de Bechterew are deci multă asemănare cu acela a profesorului Marinescu.

C. PARHON.

Mario Bertolotti. Etude sur la pandiculation automatique des hémiplegiques. *Revue Neurologique* No. 19. 1905. Autorul studiază mecanismul şi semiologia mişcărilor asociate din partea membrelor ce se produc în timpul căscatului. Mişcări din partea membrelor se produc în timpul aceluiaş fenomen la noii născuţi înainte de apariţiunea mişcărilor voluntare. Acţiunea fasciculului piramidal poate deci să fie exclusă.

Această mişcare de extensiune şi abducţiune a braţelor (inclusiv cel paralizat) *pandiculaţiunna automatică*, ce se observă în timpul căscatului sau mai rar în mod independent, n'a fost observată de autor în cazurile de parkinezii statice şi cinetice. Din contră fenomenul există când e vorba de emiplegici cu leziuni grave ale fasciculului piramidal şi interesând în acelaş timp şi stratul optic căci bolnavii prezentau simptomele unui sindrom talamic; „hemianestezie, dureri de partea paralizată, xerostomie, turburări de deglutiţiune şi de micţiune“, In aproape toate cazurile existau în plus crize pruriginoase cu sediul de partea paralizată şi însoţite de mişcări involuntare de extenzie a antebraţului şi uneori şi de ale degetelor şi mânei şi mai cu seamă de o mişcare de supinaţiune a membrului superior paralizat

Există după Bertolotti un adevărat antagonism între sinkinesiile din timpul mişcărilor voluntare precum şi între parakineziile statice şi cinetice, şi mişcările asociate involuntare de cari ne-am ocupat. Existenţa în cazurile sale a unor simptome de iritaţiune talamică fac pe autor să încline pentru o funcţiune activă şi automatică a stratului optic în inervaţiunea motrice a diferitelor grupuri musculare.

C. Parhon.

G. Deny et **P. Camus. Sur un cas de delire métabolique de la personnalité lié à des troubles dela coenesthésie.** *Archives de Neurologie*, Octobre 1905. Autorii aduc un nou caz referitor la acest curios sindrom de transformaţiune a sensaţiunilor interne şi externe prin turburări ale cenesteziei.

O femee în vârstă de 34 ani, în urma unor emoţiuni depresive prelungite devine anxioasă, agitată şi obsedată. In urmă, apar idei ipohondriace cu delir de transformaţiune a personalităţii fizice şi morale. Bolnava se crede transformată în câine, taur, bărbat etc. Toate părţile corpului sunt mărite. Ea a devenit o fiinţă extraordinară, femeea flagel, misterul incarnaţiunii etc. Lumea din afară nu mai e cea de mai înainte! Mama ei e Sfânta Maria, soţul său e Isus Christos. In privinţa vieţei sale bolnava se crede bătrână de mii de ani şi evenimentele vieţii sale de cari îşi aduce bine aminte, se pierd într'un trecut infinit.

Cu toată ameliorarea survenită bolnava nu poate ajunge la identificarea personalităţii sale de astăzi cu cea de altădată. Nici o turburare organică. Sensibilitatea obiectivă normală. Autorii explică acest sindrom printr'o modificare în centrii corticali ai sensaţiunilor interne cărora le datorim noţiunea personalităţii noastre. Ideile exprimate de bolnavă nu sunt decât o interpretaţiune delirantă a sensaţiunilor sale anormale.

In sindromul prezintat de bolnava aceasta se găsesc următoarele 3 elemente principale: O stare de anxietate cu obsesiunea de a-şi aminti, reprezentà sau regăsì sensaţiunile organice pierdute sau pervertite. 2) O aboliţiune sau transformaţiune a conştiinţei personalităţii 3) O reprezentaţiune incomplectă şi mai mult sau mai puţin transfigurată şi de nerecunoscut a lumii exterioare. Aceste simptome au ca punct de plecare o turburare a cenesteziei.

C. Parhon.

Devay. Folies intermitentes et Epilepsie. (communications au XV congrès des alienistes et neurologistes français). *Revue Neurologique.* 1905. No. 16. Autorul stabileşte asemănarea dintre nebuniile intermitente şi epilepsie. Şi unele şi cealaltă prezintă caracterul comun de a se repetà sub o formă aproape invariabilă la acelaş individ. Primele se pot considerà ca equivalenţi aì ultimei. Atât nebunia cu formă intermitentà cât şi epilepsia convulsivă recunosc drept cauză un proces toxic.

La doi bolnavi atinşi de nebunie intermitentă cu accese maniace, autorul a reuşit prin intoxicaţiunea cu beladonă să provoace atacuri comiţiale cari au înlocuit ori s'au suprapus celor maniace.

C. Parhon.

E. v. Niessl-Mayendorf. Ein Beitrag zur Symptomatologie der Tumoren des rechten vorderen Schläfelappens. (Contribuţiune la simptomatologia lobului temporal anterior drept " *Jahrbucher für Psychia-*

trie und Neurologie, 26 Band. 1 Heft. 1905. Studiul anatomoclinic al unui caz de tumoră în partea anterioară a lobului temporal drept.

Din analiza acestui caz autorul scoate următoarea simptomatologie care ne-ar permite sa facem acelaș diagnostic când eventualitatea s'ar prezintà.

1) Dureri spontanee și la percuțiune în tâmpla dreaptă.

2) Ptozis drept. Diplopie, dilatațiunea pupilei drepte și rigiditate trecătoare a ambelor pupile. Nistagmus. Oscilațiunea acestor semne.

3) Pareză a ambelor membre inferioare cu predominență în stânga. Slăbiciunea membrului superior atâng. Spasme musculare cu predominența în stânga.

4) Halucinațiuni vizuale.

5) Stări delirante nocturne cu akoasme.

Turburările motorii oculare ca și cele din partea membrelor se explică prin vecinătatea motorului ocular comun și a pedunculilor cerebrali. Halucinațiuniie vizuale prin iritațiunea radiațiunilor optice.

C. Parhon.

A. Paris. La paralysie générale progressive, 77 pages, Nancy, *Imprimerie L. Kreis,* 1905. Iată concluziunile autorului:

1) Sifilisul e o cauză predispozantă constantă, necesară, a paraliziei generale progresive.

2) Sifilisul nu e însă o cauză determinată a paraliziei generale.

3) Cauzele determinate ale confuziei mentale primitive la indivizi nesifilitici sunt cauzele determinate a paraliziei generale progresive (la cei sifilizați).

4) Paralizia generală progresivă e, în definitiv, modalitatea cea mai gravă a sindromului confuzie mentală primitivă determinat la un sifilizat

5) Sindromul numit până azi paralizie generală progresivă, n'are fatalmente o evoluțiune progresivă.

6) Sifilisul cerebral e adeseori un obstacol pentru dezvoltarea paraliziei generale progresive, pentru că nu permite îndestul individului sifilizat să se expună la acțiunea cauzelor determinate obișnuite.

7) Pentru a preveni, combate sau atenuà paralizia generală progresivă trebue să recurgem mai cu seamă la terapeutica confuziei mentale propriu zise.

8) O terapeutică precoce va fi urmată de rezultate fericite. Terapeutica, tardivă chiar, va aveà în cele mai multe cazuri un efect paliativ. Paraliticul general, trebue să fie în mod constant în tratament real, în supravegherea medicului.

C. Parhon

L. Stembo. Zwei Fälle von Singultuskrisen bei Tabes. (Două cazuri de crize de sughiț în tabes). *Neurologisches Centralblatt.* No. 21. 1905. Crizele de sughiț în cursul tabesului nu sunt notate în autorii clasici. Autorul aduce două exemple demonstrative In ambele existau dureri în regiunea toracică inferioară și în regiunea stomacului; într'unul din cazuri sughițurile atingeau cifra de 80—100 pe minut împiedicând respirația și producând cianoza bolnavului. Alimentațiunea exagerà producerea sughițurilor. Tot astfel ingestia băuturilor. Durata atacurilor în aceste cazuri erà de zile sau chiar săptămàni intregi. Spălarea stomacului a produs rezultate remarcabile, făcând să înceteze crizele.

Autorul discută chestiunea dacă atacurile acestea de sughiţ se pot asimila cu crizele viscerale obişnuite din tabes. Răspunsul său e afirmativ. Deşi crizele sunt de natură sensitivă totuşi fenomene motorii se observă şi în cursul lor. Astfel vărsăturile în crizele gastrice, tusea în cele laringee etc. Crizele de sughiţ ca şi cele gastrice, laringee etc. sunt în raport cu turburări de ordine sensitivă.

O a doua chestiune discutată de autor e dacă crizele în cazurile sale sunt de natură tabetică sau dacă nu sunt decât turburări accidentale survenite la tabetici. Răspunsul e că sunt de natură tabetică. Sughiţul la bărbaţi e rar. Când apare în cursul unei boale ca gripa, apoplexia etc. e de scurtă durată şi numărul sughiţurilor în asemenea cazuri nu e aşà de mare. In plus nu există durerile intense ce existau în aceste două cazuri.

Stembo mai atrage în fine atenţiunea asupra efectelor terapeutice însemnate ce au în aceste cazuri spălarea stomacului şi nutrirea pe calea rectală, pentru a lăsà stomacul în repaos. C. PARHON.

Prof. L. Casper. Berlin. **Rückblick auf die Nierenchirurgie seit Einführung des Ureterenkatheterismus.** (Privire retrospectivă asupra chirurgiei rinichiului dela introducerea cateterismului ureteral încoace). *Berl. klin. Woch.*, 1905. No. 18.—Statisticele personale a 7 operatori (printre cari *Rovsing*—Copenhaga, *Albarran*—Paris, *Casper*— Berlin, *v. Frisch* -- Viena) arată că din 408 nefrectomizaţi pe baza cateterismului ureteral, au murit 39 (=9.5$^0/_0$) în urma operaţiei, dar *numai 2* (=*0.5*$^0/_0$) dintr'aceştia din cauza insuficienţei funcţionale a rinichiului rămas. Acest progres se datorează şi întrebuinţării metoadelor pentru diagnosticul funcţional al rinichiului. Autorul precizează principiile fundamentale ale acestui diagnostic, pentru a răspunde la contestaţiile cari s'au făcut. Iată enunţarea acestor principii.

I. *E aproximativ egal travaliul celor 2 rinichi sănătoşi, măsurat prin* **tensiunea osmotică (Δ), cantitatea ureei excretate ($\overset{+}{U}$) şi cantitatea de zahăr (Sa) eliminată în urma injecţiunii de floridzină,** *toate acestea fiind cercetate deosebit în urinele culese* **în mod simultaneu din fiecare rinichi în parte.** *În caz de nefropatie unilaterală, aceste valori sunt scăzute de partea rinichiului bolnav, comparativ cu acelea obţinute pentru rinichiul sănătos.*

S'a obiectat la aceasta, că există o deosebire de compoziţie chiar între urinele culese în mod simultaneu din fiecare din rinichi *sănătoşi. Casper* răspunde, că această deosebire, care într'adevăr există, e minimală, faţă de cazurile în care *uuul din rinichi e bolnav.*

II. *Cu cât e mai mare vigoarea funcţională a unui rinichi, cu atât e mai însemnată şi capacitatea sa de acomodaţie în ceeace priveşte eliminarea apei (Kövesi şi Illyes).* Aşà, valoarea lui Δ poate să varieze în limite enorme pentru un rinichi sănătos, după cum cantitatea de apă introdusă în organizm e f. mare ori f. mică. Un rinichi grav bolnav, în aceleaşi împrejurări, nu manifestă decât o slabă aptitudine la acomodaţie.

Cunoscând acest fapt, ne putem da seamă de lipsa de temei a unei alte obiecţii, adusă utilităţii metoadelor actuale de diagnostic funcţional renal şi care se formulează astfel: „Dacă valorile Δ, $\overset{+}{U}$, *Sa* reprezintă cu adevărat o măsură a travaliului renal, atunci, la unul și acelaș caz, făcându-se la interval scurt 2 determinări ale acestor valori — în condițiile enunțate subt I — raporturile dintre aceste valori trebuesc să fie egale în cele 2 determinări. Căci nu se poate admite ca în timpul scurt dintre cele 2 determinări, să se producă alterațiuni însemnate ale parenhimului renal. Ori, *aceste raporturi nu sunt egale*". — Această argumentație însă nu e valabilă. Dacă din vre-o cauză (ingestie abundentă de lichide, poliurie nervoasă, poliurie din cauza acțiunii diuretice a floridzinii) se produce o îmbulzeală mai însemnată de lichid la emunctoriul renal, atunci, după cum s'a enunțat subt II, rinichiul bolnav va reacționà altfel, decât cel sănătos. Punctul de congelație al urinei secretate de rinichiul sănătos, într'un asemenea caz, se poate urcà, de pildă de la 2.5° la 0,2°, pe când acela al urinei produse de rinichiul bolnav, în aceleași împrejurări, de la 0,6° nu se urcă cu nici un preț mai sus de 0,5°, de pildă. Tot așà și cu celelalte valori. Rezultă dar, că rinichiul, care va oferì diferențe mari, relative, ale valorilor funcționale, în 2 cercetări care se urmează la interval scurt, lucrează mai bine decât celălalt, care a furnizat un travaliu rămas relativ identic în ambele împrejurări.

Și proba cu floridzina cere să fie interpretată. E adevărat, că glicozuria provocată de această substanță poate să lipsească, chiar dacă rinichiul este sănătos: (1) Lui Casper i s'a întâmplat acest lucru în 2 cazuri din multe sute. Dar faptul se explică prin *poliuria* care diluiază fie ea datorită cateterismului, ori floridzinei. Pe urmă intensitatea glicozuriei e variabilă, chiar la indivizii sănătoși; *valorile absolute ale lui Sa nu dovedesc nimic*. Un rinichi care secretă $0.3^0/_0$ glicoză poate să fie sănătos, un altul care secretă $3^0/_0$ poate fi bolnav. Numai valorile relative ne permit să tragem concluzii în privința stării funcționale. Amândouă împrejurările la un loc ne pot explicà lipsa glicozuriei floridzinice în unele cazuri rare de rinichi normali. Dar pentru înlăturarea acestei cauze de erori; Casper procedează actualmente după cum urmează:

Bolnavul primește după propunerea lui Goebell un „repas d'épreuve", compus din 50 100 cm.³ de lapte, 2 ouă, 1 felie de pâine albă cu unt. Două ore după aceasta se începe examenul. Scurgerea urinei din uretere fiind stabilită, se injectează 0,01 g. floridzină Drept prime probe socotește cantitățile secretate până la apariția glicozuriei (de obicei vreo 15—20 minute), cei 10 cm.³ care urmează constituie probele de al doilea. Afară de examenul microscopic, bacteriologic și pentru albumină se mai caută în probele No. 1 greutatea specifică, $\overset{+}{U}$ și Δ, în probele No. 2, pe lângă acestea, și *Sa*. In 40 de cazuri normale, examinate astfel, n'a lipsit nici odată glicozuria. In cazuri îndoioase recomandă totuși, ca și Albarran, de a repetà injecția de floridzină într'o altă zi, cu o doză îndoit de mare. Iar pentru eliminarea factorului poliuriei nervoase, recomandă facerea cateterismului în narcoză.

DR. RAINER.

---

(1) Casper cere ca soluția de floridzină să fie încălzită până la ebuliție, înainte de fiecare injecție. Nu toate eșantioanele de floridzină sunt bune.

Rochon-Duvigneaud şi **Onfray. Phlebite purulente de la paupière, de l'orbite et du sinus Caverneux.** *Arch. des Mal. des Enf.* Sept). 1905. Pe lângă forma clasică a trombo-phlebitelor orbito-sinusiane în cari punctul de plecare al infecţiunii e lângă orbită (faţă, pleoape) se poate observà şi o *formă secundară*, în care afecţiunea pleoapelor de unde pleacă thrombo-phlebita e ea însăşi datorită unui embolus microbian plecat de mai departe. In cazul de faţă punctul de plecare erà cu mare probabilitate o broncho-pneumonie cu pleurezie şi pericardită.

GRIGORE JACOBSON.

Geza Faludi. Die Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung im Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung der Laparotomie. (Tratamentul peritonitei tuberculoase în copilărie, şi în special despre laparatomie). *Iahrb. f. kinderh.* Septembre 1905. Lungă monografie cuprinzând toată literatura privitoare la tratamentul chirurgical al peritonitei tuberculoase, şi o întinsă statistică personală din care autorul trage concluzii relative la indicaţiunile şi contraindicaţiunile laparotomiei în diferitele forme.

GRIGORE JACOBSON.

Max Runge. Die Heilung des Krebses der Gebärmutter. (Vindecarea cancerului uterin). (*Therapie der Gegenwart.* Iunie 1905). Autorul aduce statistica cazurilor de cancer uterin observate la Göttingen în ultimii 10 aui.

Frecuenţa cancerului uterin, din totalul bolnavilor observaţi a fost de 6,47% la spital şi de 1.27% în clientela sa privată. Cazurile operabile au fost în spital în proporţie de 26%, în clientelă de 52.3%. Vindecarea care durà încă după 5 ani dela operaţie, a fost pentru cancerele colului uterin de 60% şi pentru cele ale corpului de 66%.

Cifrele acestea socotite relativ la numărul total de cancere uterine observate de autor, dă ca proporţie de vindecări 14 8%. Ele arată că o operaţie făcută la timp, dă rezultate destul de bune. Ceeace e însă important e ca diagnosticul să fie făcut cât se poate de repede. Runge atrage atenţia asupra semnelor incipiente ale cancerului uterin, aşà de bine puse în lumină de Winter (Königsberg, în publicaţia sa asupra combaterii cancerului uterin (Bekämpfung des Uteruskrebses 1904).

S. IRIMESCU.

PATOLOGIE INTERNĂ.

Léon Bernard. Tuberculose et arthritisme. (Congrès international de la Tuberculose, Paris). Se admite in general că, la artritici, tuberculoza ia forma de ftizie fibroasă, care reprezintă reacţiunea de apărare triumfătoare a organizmului. Această concepţiune pare inexactă: se observă ftisii cazeoase la indivizi artritici şi ftizii fibroase se întâlnesc la indivizi care nu prezintă nici o urmă de artritism. In afară de aceasta, lucrările lui Aucler, asupra otrăvurilor tuberculoase, ne permite de a considerà tuberculoza fibroasă, nu ca rezultatul unei reacţiuni speciale a organizmului, ci ca consecinţa unei activităţi toxice a bacilului. Se crede că există o formă clinică de tuberculoză în care infecţiunea bacilară creiază un adevărat sindrom artritic. In această varietate, pe care A. o individualizează în urma observaţiunii unui număr de bolnavi, sindromul artritic este constituit prin asociaţia astmei, emfisemului şi obesităţii care se dezvoltă consecutiv infecţiunii tuberculoase şi care sunt patogenic comandate de ele. In aceste cazuri, bolnavul se prezintă ca emfizematos şi nu ca un tuberculos obişnuit· este gras sau obes, apiretic, este supus la emoptisii (emoptisii atritice) şi se găseşte cele mai adesea ori în prada crizelor de astmă.

P. Gal.

Dr. Vet. Chapellier. **L'étude sur la diminution passagère de l'oure au cours des oreillons.** *(Arch. génér. de méd.* 11 Nov. 1905 No. 46). Un memoriu complect asupra acestei complicaţiuni a oreilloanelor, ilustrat cu 107, observaţiuni clinice, distinge 3 mari grupe printre accidentele consecutive orielloanelor : Primele datorite unei otite interne aduc surditate totală mono sau bilaterală şi incurabilă, alte accidente datorite unei otite medii se pot amelioră cu timpul fără ca acuitatea auditivă să revie la starea iniţială şi în fine accidente trecătoare fără pronostic grav în viitor. cari sunt cele mai numeroase. Infecţia urmează drumul trompei lui Eustache urmând anginei buco-faringiene. Tratamentul e cel cauzal : aplicaţii rezolutive pe tumefacţie, câtevà gutte de T-ra Iodi pe zi intern ; antisepsia gurei şi a fundului gurei prezervă contra întinderei inflamaţiei buco-faringiene la trompă.

M. P. Ciucă.

A. Combe. **Beiträge zur Kenntnis der chlor- und stickstoffarmen Ernährung bei Morbus Brightii.** (Contribuţie la studiul alimentărei sărace în clor şi în azot, în maladia lui Bright). *Monatschr. f. Kinderh.* Apr. şi Mai 1905. Prima parte a acestui memoriu nu este decât o trecere în revistă a lucrărilor privitoare la acţiunea clorurelor alimentare în starea normală şi în nefrite. (Achard, Widal şi Lesné, Castaigne etc...)

Acţiunea clorurelor asupra œdemelor este azi bine stabilită; acţiunea asupra albuminuriei este mai puţin evidentă. Totuşi autorul conchide:

1) In cazurile de albuminurie e nevoe de o alimentaţie săracă în clorure.

2) Alimentaţia săracă în clorure trebue să fie în acelaş timp o alimentaţie substanţială: postul suprimă eliminarea chlorurelor fără ca cantitatea chlorurelor din ţesuturi să se micşoreze, pe când o alimentaţie substanţială dar fără sare, provoacă o sărăcie reală în chlorure (Langlois şi Richet).

In a doua parte a memoriului (Mai) autorul caută a stabilì preceptele generale de alimentaţie în morbul lui Bright.

Primul punct bine stabilit este că se impune o alimentare săracă în chlorure. Dar elementele sărace în chlorure se pot împărţi în 2 categorii, după cum sunt sărace sau bogate în azot.

Pe când alimentele sărace în chlorure şi în azot (autorul le trece în revistă) se recomandă aproape fără excepţie bolnavilor atinşi de nefrită, cele din a 2-a categorie (sărace în chlorure şi bogate în azot) oferă diferite inconveniente, anume:

a) *Putrefacţia lor uşoară* în intestin, de unde rezultă, rinichii fiind insuficienţi pentru eliminări, o autointoxicaţie.

b) In nefrite există o eliminare insuficientă a alimentelor azotoase, *o retenţiune de azot* (Fleischer, von Noorden etc.) când alimentele azotoase trec peste o oarecare limită (1).

Gradul de retenţiune azotoasă se poate aprecià prin proba *azoturiei alimentare* (Achard şi Paisseau).

Alimentele din categoria a 2-a se vor puteà permite când nu există retenţiune de azot; din contră, în caz de retenţiune de azot, regimul se va mărginì aproape exclusiv la alimentele din categoria 1-a (pâine nesărată, fructe legume, făinoase, o mică cantitate de lapte, unt . , .).

Concluzia este astfel formulată: *în caz de retenţiune de azot, trebue să adăogim principiul unei alimentări sărace în chlorure şi principiul unei alimentări sărace în azot.*

GRIGORE JACOBSON.

Edouard Giliberti. Vomissements récurrents avec acetonémie *Rev. mens. das mal. de l'Enf. Sept. 1905.* Bună revistă generală cu o bibliografie bogată. E de regretat numai lipsa de analiză a recentelor lucrări asupra patogeniei acetonuriei, analize cari ar fi trebuit să găsească loc într'o astfel de lucrare.

GRIGORE JACOBSON.

Pr. Hayem. Le cancer de l'estomac à forme gastralgique. (*Arch. génér. de méd.* 31 Oct. 1905). Autorul prezintă 2 cazuri de cancer al stomachului cu gastralgii violente, simulând un ulcer cronic stomachal. Laparatomiile exploratrice confirmară diagnosticul de cancer în ambele cazuri. Durerile erau alinate în mod temporar prin tratamentul cu bismut şi reîncepeau cu aceeaşi activitate imediat ce se suprimà bismutul sau se dădeà apa de Carlsbad artificială. Cauza durerei în ulcerocancere şi în cancerele cu tip hiperclorhidric, pe lângă hiperclorhidria rezidă mai ales în perigastrita dureroasă, în compresiunea plexurilor de ganglionii degeneraţi în retenţia gastrică.

Adaogă câtevà cercetări noi anatomopatologice asupra frecuenţei hipopepsiei şi apepsiei la canceroşi şi a transformărei mucoase a tunicei glandulare a stomacului în cancerul stomacului, atribuind-o unei strangulări la coletul glandelor printr'o proliferare a epiteliului părţilor superioare a tubilor glandulari, care separă mai mult sau mai puţin complect partea specifică a glandei de aparatul mucos de escreţiune.

M. P. CIUCĂ.

Lanceraux. L'albuminurie dans le diabète. (Academie de médecine Iulie 1905). A. crede că nu se pote atribui albuminuria la o iritaţiune a rinichiului prin eliminarea glicozei. In cazuri de diabet pancreatic unde glicozuria este abundentă, albuminuria lipseşte. Trebue să distingem albuminuria arterio-sclerozei unde moartea survine mai ales prin uremie; albuminuria prin staza sanguină este consecinţa unei leziuni şi unei dilataţiuni a inimei. Trebue să socotim încă albuminuriile legate de maladii intercurente infecţioase, de supuraţiunile băşicei. In diabet gras există o albuminurie fără leziuni cardiace, nici renale, care este de origină bulbară şi necesită întrebuinţarea alcalinelor, loţiunilor reci alcoolizate şi exerciţiu.

---

(1) Această retenţiune de azot are ca consecinţă *hyperazotemia*, augumentarea masei sângelui, mărirea presiunii arteriale, trecerea ureei şi a sărei în ţesuturi, de unde rezultă o retenţiune secundară a chlorurelor şi consecutiv œdeme.

P. GAL.

Joseph Pelnar. Albuminuurie orthostatique. (*Archives bohèmes de médecine clinique* 1905 fasc. 6, pag. 401—465). A. a avut ocaziune să observe, în serviciul lui Thomayer, 16 cazuri de albuminurie ortostatică. Aceşti bolnavi aveau albuminurie în totdeauna când erau în picioare, şi erà destul să se aşeze în pat pentru ca în timp de 15—60 minute albuminuria lor să dispară complect, reapărând după 10—30 minute cu cea dintâiu schimbare de atitudine. — Erà vorba de indivizi tineri (20—23 ani) de ambele sexe. Nouă aveau tare nevropatice ereditare şi toţi prezentau stigmate de degenerescenţă. Erau palizi cu o excitabilitate cardio-vasculară foartă pronunţată. Nouă aveau antecendente infecţioase: şeapte dintre ei avusese scarlatină. În 6 cazuri se constată, examinându-se depozitul urinar, câţivà cilindri hyalini şi chiar granuloşi. Nu există nici un simptom clinic de o afecţiuue renală.

Studiind sistemul vaso-motor al acestor bolnavi tachicardici, cu hipotensiune, emotivi, făcù pe autor să creadă că există la ei o instabilitate vasomotoră specială care, legată de leziuni superficiale ale parenchimului renal determină în rinichi turburări circulatorii profunde din care cauză ia naştere albuminuria. Acest memoriu este însoţit şi de o foarte bogată bibliografie.

P. GAL.

Signorelli. (*Societa Lancisiana de osped. di Roma*, 11 Febr. 1905). **Matitatea scapulară şi semnul omoplatului.** Omoplatul fiind un vast plesimetru osos, va da la percuţiune varietăţi de sunete în legătură cu modificarea produsă în hemitoraxul corespunzător sau într'o regiune limitată situată înaintea lui. S'ar puteà zice că zgomotul produs prin percuţiunea omoplatului sintetizează condiţiunile de rezonanţă a hemitoraxului corespunzător.

Tecnica: cele mai bune rezultate se obţine percutând omoplatul în regiunea mijlocie a spinei. Percuţiunea trebue să fie simetrică şi comparativă cu degetul plesimetric aşezat în crucişi pe spină.

Matitatea scapulară, după părerea autorului îşi are importanţa mai cu seamă în revărsările pleurale puţin abundente, constituind „semnul omoplatului“ al micelor revărsări, de oarece nu se găseşte decât în aceste cazuri şi lipseşte în hepatizările pneumonice limitate în lobul inferior. Aceasta se datoreşte faptului că lichidul, revărsându-se, ocupă o suprafaţă mai vastă decât acea manifestată prin percuţiunea directă.

TATUŞESCU.

Singer. Uber die Behandlung der skarlatinösen Urämie mit Venaesektion. (Despre tratamentul uremiei scarlatinoase prin venisectie) *Iahrb. f. Kinderh.* Sept. 1905. Această lucrare e o pledoarie pentru întrebuinţarea venisecţiei în uremie mai cu seamă când există manifestatii cerebrale. Cauza e câştigată de mult în Franţa. Dar probabil că la Buda-Pesta venisecţia se practică excepţional, de oarece autorul articolului găseşte de cuviinţă a ne informà că „e o operaţie uşoară şi fără primejdie“ şi a descrie tecnica ei. Articolul nu conţine nimic nou.

GRIGORE JACOBSON.

I. P. Tessier. **Rôle de la distension cardiaque dans la production de l'angine de poitrine.** *Thèse de Paris* 1905. Angina de piept, zice autorul, nu este decât ţipătul de suferinţă al plexului cardiac, ori care ar fi cauza.

Teoria coronariană, astăzi nu mai satisface cerinţele, de oarece având cazuri indubitabile, zice dânsul, unde nu s'a constatat nici o leziune a coronarelor, unde nici nu poate fi vorba de aterom şi la care cu toate astea figură în complectul lui cortegiul simptomatic al anginei de piept. Mai sunt şi altele, adaogă subsemnatul la care s'a constatat leziuni întinse ale coronarelor cu obstrucţiune aproape complectă, moarte subită, fără ca vreodată în viaţa lui bolnavul să fi prezintat cel puţin o schiţare a simptomelor anginei de piept. (Piese prezintate de d-rul Tatuşescu în şedinţa societăţii anatomice dela 14 Martie 1900).

Autorul crede că cea mai probabilă cauză a anginei de piept este „distensiunea miocardului comprimând plexul cardiac." Prin mărirea presiunii intra ventriculare, tinzând a-i mări capacitatea.

Pentru susţinerea acestei păreri, invoacă cazurile de angină cari izbucnesc în decursul insuficienţei aortice numai sub influenţa unei sforţări; în cazurile de ruptură bruscă, traumatică a sigmoidelor aortice, în care cazuri primul simptom este o durere subită, angoasantă, întocmai ca acea din angină, fără să fie vorba de astuparea coronarelor; asemenea în cazurile de cord forţat.

Chiar în cazurile de coronarită, fenomenele se pot atribui tot unei distensiuni a cordului, miocardul fiind pus în condiţiuni inferioare de rezistenţă.

Printr'acelaş mecanism se explică apariţia anginelor de piept în urma intoxicaţiunilor şi a infecţiunilor.

Diferitele faze prin care trece rezistenţa miocardului explică succesiunea ce se observă între angina de piept, edemul pulmonar şi asistolia.

In prima fază miocardul reacţionează mai cu putere în contra distensiunii, şi din această luptă naşte angina de piept; cordul slăbit în a doua fază se lasă distins mai uşor şi avem edemul pulmonar; desăvârşindu-se îngenuchiarea fibrei miocardice apare asistolia. De aici indicaţia medicaţiunii tonicardiace în toate cazurile de angină, care nu e provocată de coronarită obliterantă. Ele trebuesc însă administrate cu prudenţă.

TATUŞESCU.

Comby. **Amyotrophie spinale diffuse des nouveau-nés.** *Arch de Méd. des Enf.* Sept. 1901. Observaţia a două cazuri de forma de amyotrofie descrisă de *Hoffmann (Deutsch. Arch. f. Nerv.* 1893) sub numele de atrofie musculară spinală cronică familială. Autorul reamiuteşte şi celelalte cazuri din literatură.

GRIGORE JACOBSON.

Kocko Fujisawa. **Sogenannter Mongolen Geburtsfleck der Kreuzhaut bei europäischen Kindern.** (Aşà zisă pată din naştere mongolică a regiunii sacrate la copii europeeni). *Iahrb. f. Kinderh.* 1905. vol. 62, p. 221. Petele de coloraţie albăstrue din regiunea sacro-coxo-fessieră cari se găsesc la majoritatea copiilor japonezi sunt considerate de mulţi autori ca un caracter particular al rasei mongole deşi dejà Saabye le-a descris la Grönlandezi.

Autorul căutând sistematic aceste pete la copii din policlinica din Münich le-a notat la al 50-lea copil examinat care n'avea nici un antecedent mongol.

GRIGORE JACOBSON.

Oswald Meyer. **Beiträge zur Kenntnis der Hysterie im Kindesalter.** (Contribuţie la studiul isteriei în copilărie *Jahrb. f. Kinderh.* 1905, vol. 62, pag. 173. Monografie bogată care nu se poate analiză. E vorba de o trecere în revistă a diferitelor manifestaţiuni ale isteriei în copilărie, ilustrată cu observaţiuni personale din clinica lui Ranke (Münich).

GRIGORE JACOBSON.

Kornel Preisich. **Die Skrofulose.** *Jahrb. f. Kinderh.* Sept. 1905. Dacă în concepţiunile vechi. ale scrofulei sunt cuprinse şi manifestări tuberculoase, cauza este o lipsa de cunoştinţe etiologice. Dacă eliminăm din S. afecţiunile tuberculoase, mai rămâne totuşi un mare număr de manifestaţiuni netuberculoase cari singure trebuesc privite ca constituind scrofula. Un alt cuvânt ca *diateza exsudativă* (Czerny) pentru a desemnà acest grup de manifestaţi; nu poate decât să încurce lucrurile.

Autorul consideră S. *ca o boală a sistemului limfatic* care se dezvoltă în anume condiţiuni (turburări nutritive, umezeală, frig, murdărie etc.) în urma infecţiunilor. Se produce o iperplazie particulară a ganglionilor limfatici care are drept consecinţă o dilataţie a spaţiilor şi vaselor limfatice. Rezultă o vulnerabilitate mai mare a ţesuturilor şi o persistenţă încăpăţânată a leziunilor.

Iată acum cum autorul îşi explică geneza scrofulei: Sub influenţa unor condiţiuni externe (frig, umezeală, murdărie etc.) se dezvoltă într'un mod aproape neevitabil catare a căilor respiratorii cari trec adeseaori neobservate şi neingrijite. Repetiţia frecuentă a acestor catare provoacă ipertrofia şi induraţia ganglionilor limfatici corespunzători.

Această leziune ganglionară devine acum ea însăşi cauza altor leziuni: după gradul şi localizarea alteraţiunilor se produce fie o *stază* a limfei, fie un *aport, insuficient.*

Staza determină dilatarea lacunelor şi a vaselor limfatice: aşà se explică unele symptome caracteristice ale scrofulei *torpide.* Un aport de sucuri neîndestulătoar are ca consecinţă o atrofie a pielei, o paloare însemnată etc... Simptome ale scrofulei *eretice.*

Se înţelege că prin turburarea circulaţiunii limfatice, ţesuturile corespunzătoare suferă, şi se lasă mai lesne a fi invadate prin infecţiuni: de unde iară catare şi inflamaţiuni cari exagerează leziunile ganglionilor limfatici, astfel că aşà se găseşte constituit un adevărat cerc viţios.

Acum se poate înţelege cum maladiile gurei, obiceiul copiilor de a-şi suge degetele sau jucăriile murdare, pediculoza, etc. pot jucà un rol în geneza scrofulei.

Putem asemenea înţelege cum turburările digestive pot duce la scrofuloză: în urma acestor turburări se produce o iritaţie şi chiar o inflamaţie a mucoasei gastro intestinale: urmează o reacţiune în ganglionii mezenterici. O turburare a circulațiunii limfatice tocmai în această regiune pe unde trec elementele nutritive destinate organismului întreg, va aveà neapărat consecințe grave. Mai ales în acest din urmă caz se înțelege bine stabilirea formei *eretice* a. S. ca consecință a leziunilor ganglionilor mezenterici. Se mai poate admite încă că infecțiunile se pot întinde și la ganglionii mai depărtați (ca în difterie d. ex.)

Dar care e rolul eredităței?

Autorul din ce precedă conchide că nu există o S. congenitală, dar că S. se desvoltă chiar în primele luni ale vieței. Dar, pe de altă parte e incontestabil că S. e adesea ori *familială*. Autorul nu crede că e vorbă în aceste cazuri de o *ereditate scrofuloasă*, ci numai de o scădere a rezistenței organismului față de influențele nocive, în general. E vorba de o *constituție slabă*, ereditară.

De sigur părinți sănătoși pot da naștere la copii cari devin în urmă scrofuloși, dar mai totdeauna copii cu o tară ereditară devin scrofuloși: și prin tară ereditară nu se înțelege numai scrofula părinților, dar și tuberculoza sifilisul sau ori ce altă cauză debilitantă. Intr'un mod invers, copii în aceste condițiuni nu devin fatalmente scrofuloși, ci se pot modificà printr'o alimentație și condițiuni igienice bune.

Manifestările morbide ale scrofuloșilor sunt de 2 feluri:

1) Unele (limba geografică, strofulus, ozena etc.) nu sunt de natură inflamatorie (procese exsudative lui Czerny). E vorba de *symptome* cari au ca bază numai turburările circulatorii în sistemul lymfatic

2) Celelalte sunt toate de natură inflamatorie, datorite infecțiunilor prin agenții piogeni. E vorba aici nu de *simptome* ci de *complicații*, cari nu sunt obligatorii, cari pot lipsì. Virchow a arătat că țesuturile bogate în sucuri sunt mult mai accesibile infecțiunilor. Astfel se explică foarte bine caracterele de tărăgănire și de tenacitate a acestor leziuni scrofuloase, prin faptul că turburarea în circulațiunea limfatică persistă. Se poate deci zice că scrofula *a creat o diateză inflamatorie.* Dar în formele scrofulei în cari e un aport neîndestulător de sucuri ca în scrofuloza mezenterică (formă eretică) țesuturile sunt uscate și diateza inflamatorie lipsește.

Deosebirea între *simptoamele* și *complicațiunile inflamatorii* e capitală Autorul reproșează lui Czerny că consideră complicațiunile inflamatorii ca o manifestație *esențială* a scrofulei pe când nu e decât o complicație accidentală, reproș nemeritat, de oare ce Czerny insistă și el asupra acestei deosebiri. Asemenea Preisich mai reproșează lui Czerny că consideră adenoïditele (infecția vegetațiunilor adenoïde) ca un symptom caracteristic al S. pe când nu e decât o manifestație identică cu amigdalita; dar și aici se pare că Preisich n'a înțeles părerea lui Czerny care nu diferă de a sa proprie.

Cred mai bine fondat reproșul adresat tot lui Czerny în privința infecțiunii tuberculoase, infecțiune care după acest autor n'ar fi mai frecuentă la scrofuloși decât la nescrofuloși. Preisich crede cu drept cuvânt că copilul scrofulos e mai predispus la tuberculoză: Leziunea sistemului limfatic constitue, o cauză de minoris resistentia e față de tuberculoză ca și față de celelalte infecțiuni. Ganglionii scrofuloși, se tuberculizează adeseaori ; așà se explică rapoartele clasice între scrofuloză și tuberculoză.

Scrofuloza lui Preisich cuprinde astfel manifestațiunile descrise de Czerny sub numele de *diateză exsudativă* și diferă de scrofula clasică prin faptul că nu cuprinde nici o manifestație tuberculoasă.

Cred că e absolut greșit de a descrie această simptomatologie sub numele de *scrofuloză*. Acest cuvânt se aplică la un *total clinic* (și nu etiologic) bine determinat și nu avem dreptul de a ne servi de acelaș cuvânt pentru a denumi cevà cu totul deosebit. Chiar pentru a evità această objecție, Czerny a întrebuințat numele de *diateză exsudativă*.

Pe de altă parte, în ceeace privește teoria lui Preisich, baza ei adică crearea de leziuni limfatice în prima copilărie prin infecțiuni trecătoare nu e de loc demonstrată. Asemenea reducerea rolului eredității la o simplă cauză debilitantă a organismului e în desacord cu părerea majorității clinicianilor.

GRIGORE JACOBSON.

Vitry. **Etude sur la physiologie de la nourrice, en particulier au point de vue de sa resistance aux maladies.** *Rev. mens. des mal. de l'Enf.*, Sept. 1905. Această lucrare făcută sub inspirația Prof. Hutineel își propune de a cercetà dacă alăptarea pune pe doică într'o stare de resistență scăzută față de infecții și de a căutà explicarea acestei stări.

Fiind dat perderile zilnice, prin alăptare în albumina, zahăr, grăsimi și săruri, nu e de mirare dacă organismul doicii diferă de cel normal. Vitry a constatat alterații ale ficatului, sângelui și nutriției generale.

1) *Ficatul* femeilor cari alăptează e palid și unsuros. Sinety semnalase o dispoziție sistematică a grăsimei, în jurul venelor centrolobulare. Vitry n'a constatat această dispoziție, ci numai o augmentare puțin însemnată a grăsimei în ficat. Acest prim capitol e puțin convingător.

2) *Zahărul în urina doicelor*. Claude Bernard cel dintâiu a semnalat prezența zahărului în urinele femeilor cari alăptează. Cercetările autorilor sunt în contradicție în această privință. Dar Syneti a arătat că zahărul apare în urinele doicelor numai atunci când excrețiunea laptelui se face într'un mod insuficient. Cercetările lui Vitry confirmă într'un mod absolut părerea lui Syneti: zahărul apare când femeia n'a alăptat câtvà timp (stază), la momentul înțarcării, când copilul suge în cantitate insuficientă, etc. Când secrețiunea se face iar bine, zahărul dispare.

În caz de secrețiune nesuficientă, zahărul resorbit la nivelul mamelei trece în sânge: când hyperglycemia trece peste 3—4 gr. la litru, lactosuria apare.

Autorul își pune întrebarea dacă scăderea de resistență nu ține în parte la această hyperglycemie, ca la diabetici.

3) *Nutrițiunea și sângele la doici*. Raportul azoturic este scăzut (încetinare a nutriției). Există o scădere a numărului globulelor roșii, un ușor grad de leucocitoză (mononucleoză) și o scădere a alcalinității humorale.

Din toate datele precedente autorul conchide că există la doici o modificare trecătoare a stărei normale (diateză transitorie).

Autorul crede că prin analogie se „poate asimilà doica hyperglycemică cu „diabeticul, doică a cărei nutrițiune e încetinită cu bolnavii prin autointoxi-

„cație, doica a cărei ficat e modificat, bolnavilor cu insuficiență hepatică.... Această asimilare prin analogie ni se pare absolut arbitrarie

În favoarea tezei ce o susține, autorul a făcut pe urmă câtevà experiențe:

1) *Prin proba glycosuriei alimentare și provocate,* Vitry a constatat că cu 100 gr. de glycoză se producea glycosuria la doici pe când la femei normale nu se produce; aceleași diferințe se obțin când injectăm zahăr în peritoneu la iepuroice în lactație și la iepuroice normale. Dar această probă n'are mare valoare, de oarece la doici și la femeile în lactație există de obiceiu un grad oarecare de glycemie.

2) *In vitro* prin triturația ficatului cu nicotină se observă că ficatul doicelor distruge mai puțină nicotină decât ficatul unui animal normal.

3) Un animal în lactație rezistă mai puțin la injecții de strichnină decât unul normal.

4) Animalele în lactație resistă mai puțin la inoculări cu culturi de pyocyaneu, de bacili tuberculoși, de pneumococi.

La aceste probe fisiologice și experimentale, se mai adaogă și rezultatul observațiunilor clinice cari arată la doici o morbiditate și o mortalitate mai mare, precum și o gravitate mai mare a infecțiunilor.

GRIGORE JACOBSON.

PROCEDEE TECHNICE

C. Davidsohn. **Spirochaetenfärbung mit Kresylviolett.** (Colorarea spirohetilor cu Kresylviolett). *Berl. klin. Woch.* 1905. No. 31.

Procedeul se distinge prin simplicitatea sa și e la îndemâna oricui.

Soluția colorantă se prepară disolvând violetul în apă distilată la temperatura odăii, în proporție de un vârf de cuțit de materie colorantă la 100 cm^3 de apă distilată; pe fundul sticlei trebue să rămâe puțin praf nedisolvat. Soluția se filtrează la fiecare întrebuințare.

Lamelele fixate se colorează timp de $^1/_2$ oră până la o oră. Dacă rămân mai mult timp în colorant, până la 40 de ore, rezultatul e acelaș. După aceea se așează pe muche, ca să se scurgă lichidul, ori se spală cu apă distilată. Odată uscate, se aplică o picătură de balsam de Canada și se așează pe o lamă.

Specimenul de coloare de care s'a servit D. ie Kresylviolett R. extra Mülheim.

DR. RAINER.

G. Giemsa. **Bemerkungen zur Färbung der Spirochaeta pallida (Schaudinn).** Observații relative la colorația sp. p. (Sch,). *Deutsche med. Woch.* 1905. No. 26. G. a perfecționat procedeul lui de colorație după Romanowsky. Iată tehnica actuală:

I. Soluția colorantă e compusă astfel:

Azur II-Eozină	3.0g.
Azur II	0.8g.
Glicerină (Merck. ch. p.)	250.0g.
Alcool metilic (Kahlbaum I)	250.0g.

Ea se găsește și la Grübler.

II. Colorația.

1) Se fixează frotiul *foarte subțire*, uscat la aer, în alcool absolut (15—20 de minute). Se usucă cu hârtie de filtru.

2) Intr'o epruvetă graduată, *largă*, se diluiază soluția colorantă cu apă, *agitându-se mereu* (I gută de soluție colorantă la aprox. 1cm.^{3} de apă). Pentru operația diluțiunii ne servim mai bine de o sticluță compte-goutte, spălată cu alcool absolut și ținută astupată bine.

3) *Fără întârziere* imediat după ce s'a operat diluția se varsă peste preparație soluția colorantă. Durata colorației e de 10—15 minute. Optimul după un ceas.

4) Se spală cu un jet violent de apă.

5) Se usucă cu hârtie sugătoare, pe urmă la aer și se montează în Canada.

In special pentru colorația spirochețilo̦r e favorabil de a adăogà puțin carbonat de potasiu (I—X gute din soluția 1$^0/_{00}$) la apa, care slujește pentru diluția culoarei.—Preparațiile supracolorate se diferențiază bine în apă distilată (1—5 minute).—Procedeul a mai fost publicat în Zentralbl. f. Bakt. Abt. 1. Bd. 37. H. 2.

Dr. Rainer.

K. Herxheimer u. H. Hübner. Ueber Darstellungsweise u. Befund der bei Lues vorkommenden Spirochaete pallida. (Despre modul de preparație și găsirea sp. p. care se găsește în sifilis). *Deutsche med. Woch.* 1905. No. 26, Afară de soluția lui Giemsa, autorii s'au servit și de soluția apoasă de Nilblau BR 1$^0/_{00}$ ori de soluția apoasă de Capriblau 1$^0/_{00}$. In 16—24 de ore, spiroheții se colorează bine, în albastru închis, cu prima soluție, în griz cu cea de a doua. Relatează 18 cazuri de sifilis, în care au găsit microorganismul în chestie. *In 2 cazuri au reușit să-l evidenţieze și in secțiuni*, colorate mai mult timp cu Nilblau, deshidratate în alcool și clarificate în oleu de cuișoare.

Dr. Rainer.

M. Oppenheim u. O. Sachs, Eine einfache u. schnelle Methode zur deutlichen Darstellung der Spirochaete pallida (o metodă simplă și repede pentru colorarea clară a spirochetei palide). *Deutsche med. Woch.* 1905. No. 29. Lamelele se usucă la aer și *fără fixație prealabilă* se colorează cu *o soluție alcoolică fenicată de violet de gențiana* (soluție apoasă 5$^0/_0$ de acid fenic, 100cm$_3$, soluție concentrată alcoolică de violet de gențiana 10cm^3), încălzindu-se cu precauțiune deasupra unui bec, până ce se ridică aburi Se spală cu apă, cu băgare de seamă, se usucă cu hârtie de filtru și se închide în balsam de Canada. Spirochetele apare colorat în albastru cu însușirile sale caracteristice; el e mai gros. Preparațiile fixate prealabil, nu dau imagini atât de nete.

Dr. Rainer.

K. Reitmann. Zur Färbung der Spirochaete pallida Schaudinn (Contribuție la colorația Sp. pallida Sch.). *Deutsche med. Woch.* 1905. No. 25. Lamelele curățate bine, pe care s'a întins în pătură subțire materialul de examinat, se usucă la aer, și după aceea se fixează timp de 10 minute în alcool absolut. Se spală cu apă distilată, se tratează timp de 5 minute cu acid fosfotungstic 2$^0/_0$. Se spală bine cu apă distilată și pe urmă cu alcool 70$^0/_0$ în sfârșit iar cu apă distilată. Acum se colorează cu soluția Ziehl (corect Neelsen-Johne) încălzindu-se până la formare de aburi abundenți, ebuliția lichidului colorant trebue evitată. Lamela acum se spală în apă comună, cu îngrijire, se agită puțin într'un vas cu alcool 70$^0/_0$, din nou se spală în apă până ce nu mai es nori de materie colorantă, se usucă şi se montează. Spirochetii apar coloraţi preciz într'un roşiu destul de intensiv.

Dr. Rainer.

CHESTIUNI PROFESIONALE

1) **Mişcare în corpul medical din ţară.**

Medicii, mai jos notaţi, au fost transferaţi şi numiţi, după cum urmează:

D-l dr. Nicolae Em. Racoveanu dela plasa Câmpu-Târguşor, judeţul Prahova, la plasa Prahova, acelaş judeţ, în locul d-lui dr. D. Niculescu, care trece în locul ocupat de d-l dr. Racoveanu;

D-l dr. Mihail Georgescu dela ospiciul de infirmi Brâncoveni, judeţul Romanaţi, la ospiciul de infirmi Răchitoasa din judeţul Tecuci, în locul d-lui dr. Spiridon Piteşteanu, care trece în locul ocupat de d-l dr. Georgescu;

D-l dr. Gheorghe Vrabie dela spitalul şi oraşul Mangalia, judeţul Constanţa, la circ. IV Brăhăseşti din judeţul Tecuci, în locul d-lui dr. Ion Glicsman, transferat;

D-l dr. Theodor Dărmănescu dela circ. II Găiceana, judeţul Tecuci, la spitalul judeţian Lădeşti din judeţul Vâlcea, în locul d-lui dr. C. Vladimirescu;

D-l dr. Ion Glicsman dela circ. IV Brăhăseşti, judeţul Tecuci, la circ. II Găiceana, acelaş judeţ, în locul d-lui dr. Teodor Dărmănescu, transferat;

D-l dr. Const. Vasiliu, actual medic primar al spitalului comunei Ploeşti, este însărcinat şi cu conducerea serviciului de medic primar al oraşului Ploeşti, în locul d-lui dr. C. Enăşescu, demisionat;

D-l dr. Zaharia Popescu dela spitalul judeţian şi comuna Mizil, medic comunal al oraşului Ploeşti;

D-l dr. I. Margulius, medic al comunei Ploeşti, însărcinat cu inspecţiunea şcoalelor şi serviciul boalelor venerice, post nou înfiinţat;

D-l dr. Matei Succiu dela spitalul judeţian şi urba Mizil, în locul d-lui dr. Z. Popescu;

D-l dr. Eduard Pârvu dela spitalul şi oraşul Mihăileni, judeţul Dorohoi, la spitalul şi oraşul Vălenii-de-Munte;

D-l dr. Arghir Babeş dela spitalul judeţian Ungheni, judeţul Iaşi, la spitalul şi oraşul Mihăileni;

D-l dr. George Popovici dela spitalul Voineşti, judeţul Iaşi, la spitalul Ungheni;

D-l dr. Beno Th. Stener dela plasa Cârligătura, judeţul Iaşi, la spitalul Voineşti;

D-l dr. Petre Cazacu la plasa Cârligătura, judeţul Iaşi.

D-l dr. Ion State dela circ. Ştefăneşti, judeţul Botoşani, la spitalul şi oraşul Mangalia, judeţul Constanţa, în locul d-lui dr. G. Vrabie, transferat;

D-l dr. Emilian Buzenchi dela Racova, circ. I, judeţul Vaslui, la circ. Ştefăneşti, judeţul Botoşani;

D-l dr. Petre Popescu dela spitalul rural Mozăceni, județul Argeș, la spitalul județian din urba Zimnicea, loc vacant;

D-l dr. Emanoil Florescu la spitalul rural Mozăceni, județul Argeș;

D-l dr. Const. Bobulescu la plasa Racova, circ. I, județul Vaslui, în locul d-lui dr. E. Buzenchi,

D-l dr. Ion Adler la plasa Mijlocul, județul Olt, în locul d-lui dr. O. Zaharia, care ocupă postul cu contract.

D-l dr. George Ioanițescu, pe ziua de 7 Decemvrie 1905, medic secundar la serviciul boalelor nervoase dela Ospiciul Pantelimon, pendinte de Eforia Spitalelor Civile din București, provizoriu până la concurs, în locul d-lui dr. D. Noica, al cărui stagiu expiră.

Admiteri la libera practică a medicinei în țară.

D-nii Constantiniu Constantin și Stelian G. Papadopol, cel dintâi cu diploma de doctor în medicină dela Universitatea din București și cel de al doilea dela Universitatea din Atena, au obținut dreptul de liberă practică a medicinei în țară.

Dr. N. Popovici.

ANUL I. No. 8. (DECEMBRIE 1905) VOLUMUL I.

REVISTA
ȘTIINȚELOR MEDICALE

D-r Profesor Stoicescu și Docent Dr. Bacaloglu.

ASUPRA SIFILISULUI PULMONAR

(STUDIU SPRIJINIT PE OBSERVAȚIUNI PERSONALE)

Sifilisul terțiar, prin manifestațiunile sale viscerale, constitue un studiu, care revine de obiceiu clinicianilor, cari se ocupă cu maladiile interne. De sigur, în serviciile speciale sifilisului se întâlnesc cu predilecțiune manifestațiunile primare, eflorescențele secundare atât de variate ca sediu și ca forme clinice; în fine, gomele cutanate, ale vălului palatului și ale oaselor nasului, mai ales când ele aparțin sifilisului grav precoce.

Sifilisul terțiar al pulmonului, departe de a fi o raritate, este confundat în marea majoritate a cazurilor cu tuberculoza pulmonară, și îl întâlnim în serviciile de maladii interne; examenul amănunțit al bolnavului însă și mai ales de când se practică în mod sistematic analiza bacteriologică a sputelor, ne pune pe calea diagnosticului și ne dă ocaziunea unor adevărate succese terapeutice. In anul 1898, unul din noi a prezentat un caz de asemenea natură, societății medicale a spitalelor din București. Acum în urmă am avut din nou ocaziunea să întâlnim încă două cazuri, în care am obținut vindecarea; un alt caz prezentat societății anatomice a fost studiat din punctul de vedere anatomo-patologic.

Cu acest prilej am crezut bine să însoțim observațiunile noastre personale de o scurtă ochire asupra sifilisului pulmonar, care se prezintă în clinică cu modalități multiple.

Iată aceste observaţiuni recente, cari au fost de asemenea expuse în detaliurile lor clinice societăţii medicale a spitalelor, într'una din şedinţele anului acesta.

OBSERVAŢIUNEA I.

X. Y., în vârstă de 47 ani, fost conductor la drumul de fer, acum pensionar, intră în serviciul clinicei medicale din spitalul Colţea pentru ultima oră la 8 Decembrie 1904, pentru ca să urmeze un tratament antisifilitic, de precauţiune, cu toate că astăzi nu mai prezintă nici o turburare pulmonară. In adevăr, ascultând astăzi cu cea mai mare atenţiune pe acest bolnav, deabià se mai constată la vârful pulmonului stâng respiraţiunea puţin mai aspră decât în starea normală. Această vindecare deplină, a unui bolnav care în Aprilie 1903 prezentà semne de ramoliţiune înaintată a ambelor vîrfuri, se datoreşte tratamentului mixt, mercurial şi iodurat, astfel cum rezultă din istoricul clinic al acestui sifilitic, istoric, rezumat în datele următoare: nimic important în antecedentele sale ereditare. Tatăl său a murit pe când pacientul erà mic copil; mama-sa trăeşte, e reumatizantă. A avut trei fraţi cari au murit mici copii, nu ştie de ce. S'a însurat la 34 ani, soţia sa e sănătoasă, nu are copii. In copilărie a zăcut de vărsat, de pojar; mai târziu pe la 15 ani, a avut febră intermitentă La 17 ani contractă o blenoragie, care persistă ani îndelungaţi sub formă de gută militară; în plus are o orchită dreaptă în urma căreia epididimul a rămas enorm tumefiat; actualmente deasupra testiculului se simte capul epididimului cât un ou de bibilică, coada lui cât o nucă. La vârsta de 25 ani, contractează un şancru indurat, însoţit de adenită dublă, care nu supurează, rozeolă, şi câteva luni în urmă de iritis sifilitic. Tratamentul mercurial intensiv conjură pericolul şi îşi recapătă vederea (24 fricţiuni mercuriale, iodur de potasiu). Trei ani în urmă, contractă un alt şancru, de astădată bine înţeles simplu, urmat de adenită supurată. Dar chiar în acelaş timp se iveşte pe regiunea externă a gambei, către treimea sa superioară, o tumefacţiune care se deschide, din care ese o materie gălbue cleioasă şi care se cicatrizează. Se vede şi acum la acest nivel cicatricea alburie, înconjurată de o zonă pigmentată; de sigur o gomă sifilitică.

Aceste fenomene constituesc astfel o primă etapă a infecţiunii sifilitice. Suferă din când în când apoi de stomac, dureri gastralgice, cari dispar adesea cu ingestiunea alimentelor. Bolnavul nu a făcut nici odată abuz de alcoolice.

In anul 1903 începe să tuşească, să simtă dureri în regiunea toracică, mai ales în stânga. Pofta de mâncare diminuă. Slăbeşte din ce în ce. In mai multe rânduri are emoptizii, dar puţin abundente. Consultă mai mulţi medici, cari îl consideră toţi ca tuberculos. In Aprilie acelaş an intră în serviciul clinicei. Se constată semne indubitabile de ramoliţie, localizate la ambele vârfuri, mai cu osebire în stânga, unde focarul are un sediu mai jos ca de obiceiu, cum se vede în tuberculoză, către spina omoplatului. Există submatitate, exageraţiunea vibraţiilor toracice. La ascultaţiune cracmente umede abondente, mai ales după tuse. Se face examennl sputei în mai multe rânduri de către d-l Dr. Rainer şi nu se găseşte bacilul lui Koch. Bolnavul erà slăbit, anemiat, fără apetit; deşi de o constituţiune forte, totuşi începuse să realizeze tabloul clinic al tuberculosului ajuns în stadiul cavernulelor. Există şi o uşoară ridicare termică vesperală (37,5; 38°). Având în vedere însă antecedentele specifice sigure; iritisul de care suferise, cicatricea de gomă în regiunea gambei, uşoare inegalităţi pe creasta tibiei; pe de altă parte, absenţa bacilului lui Koch în spute, absenţă constatată în repeţite examene, îi prescrim tratamentul antisifilitic mixt: fricţiuni mercuriale cu onguent napolitan 5 grame pentru o fricţiune şi iodur, de potasiu în doză progresiv crescindă dela 2 până la 10 grame pe zi. Sub influenţa acestei medicaţiuni, starea bolnavului se modifică treptat.

Apetitul revine, tusea diminuă; de asemenea expectoraţiunea care erà galbenă, uşor verzue, devine mai fluidă şi mai puţin abundentă. Semnele stetoscopice încep să se şteargă; ralurile sunt mult mai puţin abundente şi nu aşà umede.

Incetul cu încetul în curs de o lună se constată o adevărată cicatrizare a leziunilor pulmonare. Bolnavul câştigă în greutate pe fiecare zi ce trece. Când ese din serviciu, după 40 de zile, se poate socotì ca deplin vindecat.

Anul viitor 1904, în Ianuarie cu toate că starea pulmonară e excelentă, totuşi fiindcă are dureri de cap şi ameţeli, face încă o serie de 45 fricţiuni mercuriale (câte 15 la începutul fiecărei luni, cu pauze de 15 zile după). În Decembrie revine din nou ca să fie examinat şi, după cum am spus la începutul acestei observaţiuni, cu toate că examenul cel mai atentiv nu mai revelă nimic la pulmoni, i se mai prescrie încă o serie de fricţiuni mercuriale şi iodur de potasiu în doze progresive (2 — 8 gr.) Procedând din nou la un examen amănunţit al bolnavului, vedem că actualmente e gras, voinic. Nimic la cord, la pulmon la ficat. Splina uşor mărită, percutabilă. Urina nu conţine nici albumină nici zahar. Reflexul rotulian normal. Pupilele egale, reagisează bine şi la lumină şi la distanţă.

Părăseşte serviciul în ziua de 25 Decembrie 1904.

* * *

Cazul acesta intră în cadrul bronchopneumoniei subacute sifilitice. Dar trebue stabilit că în clinică se întâlnesc toate modalităţile, pe cari în mod artificial autorii le descriu în tratatele de patologie, pentru ca tipul nosologic să se imprime mai clar în memorie.

In adevăr, vom întâlnì forme acute, cu mersul repede, cu febră mai vie, cu o cachexie rapidă. aducând aminte formele cele mai repezi de tuberculizaţie pulmonară; apoi forme subacute ca acelea pe care le relatărăm în observaţiunea precedentă, însoţite uneori de emoptizii mai mult sau mai puţin abundente; şi înfine sifilomul pulmonar cu mersul mai lent; vorbim acuma de forma localizată nu de sclerosa sifilitică a pumonului, al cărui studiu îl vom schiţà mai în urmă, bazându-ne pe o observaţiune personală. Această din urmă formă simulează tuberculoza cronică vulgară.

Profesorul Dieulafoy în magistralele sale clinici dela Hotel Dieu (1897) relatează următoarea observaţiune care se aseamănă mult cu acea a noastră. O reproducem in extenso pentru ca să stabilim şi mai bine această formă clinică.

La 8 Mai 1897 intră în sala S-t Christof (Hotel Dieu) un tânăr de 33 de ani, bolnav, spune dânsul, de o bronşită neglijeată: câtva timp mai înainte începuse să tuşească, să aibă febră, să scuipe; dar cu toate acestea, cu toate că se simţià slăbit, totuşi continuase să muncească. Ceva mai târziu, acum 6 săptămâni, simţise, în amândouă părţile toracelui, mai ales în stânga, dureri acute„ quinte de tuse şi expectoraţiune fără caracter particular. La examenul bolnavului, găsim o zonă de matitate în regiunea scapulară dreaptă, la nivelul celui de al patrulea și al cincilea spațiu intercostal.

La acest nivel ascultațiunea face să se audă suflu și raluri subcrepitante în abundență. Această leziune în focar, mată, suflantă în centrul său crepitantă la periferie, nu e mai întinsă ca palma mânei. Zilele următoare, o altă leziune în focar, simetrică, cu aceleași simptone: matitate, suflu, raluri subcrepitante se accentuează în regiunea scapulară stânga, la nivelul celui de al patrulea și al cincilea spațiu intercostal. Pulmonii sunt liberi în restul întinderii lor, de abià se aud câtevà raluri sibilante diseminate.

Acì nu erà vorba de o pneumonie lobară; bolnavul nu aveà nici simptomele, nici expectorațiunea, pneumococul lipsià din scuipatul său. Nu puteam să ne oprim la idea unei fluxiuni de piept, căci dubla leziune în focar erà limitată, ceeace e contrariu în fluxiune, unde semnele pulmonare, pleurale și bronșice sunt difuze. Trebuià să ne oprim la diagnosticul de brancho-preumonie dublă, broncho-pneumonie bastardă, insolită, câtuși de puțin comparabilă pneumonielor bolnave din pojar, din gripă, din tusea convulsivă.

Rămâneà să știm care erà natura acestei brancho-pneumonii și de sigur ideia tuberculozei se prezentă spiritului nostru. Dar iată că descoperind bolnavul, observăm pe umărul stâng o erupțiune destul de confluentă de mari papule de coloare arămie scuamoase, având toate caracterele unei erupțiuni terțiare sifilitice. Această erupțiune nedureroasă și nepruriginoasă durà de 20 de zile și fusese precedată de o erupțiune identică, încă în evoluțiune în regiunea dorsală. Bolnavul aveà încă, pe gambe și pe coapse cicatrice de ulcerațiuni sifilitice. Interogat, ne spune că acum doi ani fusese îngrijit la spitalul „du Midi“, de către d-rul Mauriac pentru sifilide terțiare. In acelaș timp cu sifilidele ulceroase ale gambelor apăruse și o osteo-periostită foarte dureroasă a piciorului drept. Sifilisul datà de 10 ani, epocă la care d-l Mauriac prescrise preparațiunile mercuriale. Posedând aceste lămuriri, erà natural să ne gândim că acest om sifilitc de 10 ani, și care aveà pe pelea sa o erupțiune terțiară în plină evoluțiune, făceà un dublu focar de broncho-pnumonie sifilitică.

Ipoteza de broncho-pneumonie tuberculoasă (vechea bronchopneumonie cazeoasă) fu îndepărtată cu atât mai mult cu cât examenul sputei repetat în mai multe rânduri, demonstrà absența bacilului lui Koch. De altmintrelea acest examen bacteriologic fu cu atât mai interesant cu cât el permise să îndepărtăm nu numai ideea tuberculozei dar și a infecțiunilor streptococice și pneumococice; nu se găseau decât cocci, câțiva bacili scurți incluși sau nu în celulele epiteliale și globule de puroi. Diagnosticul de dublu focar de broncho-pneumonie sifilitică fu stabilit fără rezervă.

Bolnavul fu supus tratamentului mercurial, și timp de 15 zile consecutive i se făcù o injecțiune de 4 miligrame de biiodur dizolvat în untdelemn. Inainte de a i se institui tratamentul mercurial, în centrul regiunii mate suflul începuse să ia un timbru cavernulos; o repede distrucțiune a parenchimului pulmonar se operà pe când raluri numeroase înconjurau focarul. După a 6-a injecțiune mercurială, procesul destructiv se opri; în ambele părți suflul dispare, ralurile se modifică și trei zile în urmă expectorațiunea dispăruse aproape cu totul. Pe când aceste semne locale se amendau, erupțiunea sifilitică cutanată pălea și starea generală se ameliorà tot atât de repede. Din acest moment bolnavul simte forțele sale revenind, apetitul reapare și actualmente nu se mai găsește la ascultațiune decât câteva raluri subcrepitante, la percuțiune o ușoară matitate, urmele sifilomului broncho-pulmonar.

O altă observațiune a Profesorului Raymond comunicată lui Dieulafoy ne arată un bolnav vechiu sifilitic atins de epilepsie jacksoniană sifilitică, apoi de emoptizii și de semne de ramolițiune la vârful stâng, și care se vindecă pe deplin grație tratamentului mixt.

Citām numai o observațiune a lui Jacquin, în care o ulcerațiune gomoasă a vaginului puse pe calea diagnosticului; într'un caz al lui Fournier și Dieulafoy bolnavul în același timp cu o ramolițiune a vârfului stâng aveà și o orchită sifilitică. Ambele leziuni se vindecă grație iodurului de potasiu și fricțiunilor mercuriale.

S'a susținut că sediul leziunii sifilitice este către mijlocul pulmonului, către al 4-lea și al 5-lea spațiu intercostal. S'a zis de asemenea că leziunea e unilaterală. Lectura diferitelor observațiuni, ca și observațiunea personală ce aduserăm, ne arată că această regulă suferă numeroase excepțiuni. De foarte multe ori sediul sifilomului pulmonar e către vârfuri; şi adesea ori leziunea este bilaterală.

Sifilisul pulmonar se localizează mai frecuent în mijlocul pulmonului drept după cum se vede din lectura diferitelor observaţiuni, şi această localizare însoţită atrage atenţiunea clinicianului. Dar dacă sediul leziunii poate da o indicaţiune oarecare, de cele mai multe ori ceea ce atrage atenţiunea este manifestaţiunea sifilisului fie pe tegumente, fie în alte organe, ochi, testicul, laringe, văl palatin, etc. Examenul sputei, pe de altă parte, dovedeşte că bacilul lui Koch este absent; aspergilus fumigatus de asemenea. Mai mult încă: cu o expectoraţiune relativ abondentă se constată o floră microbiană neînsemnată. — S'ar puteà crede că distrucţiunea unei părţi neînsemnate din parenchimul pulmonar ar da naştere unei adevărate vomice; în realitate această fontă se desvoltă încetul cu încetul. Febra poate însoţi evoluţiunea maladiei; dar în alte cazuri dânsa lipseşte şi debutul este insidios ca în tuberculoza pulmonară vulgară.

Tuberculina în aceste cazuri apiretice în injecţiuni subcutanate poate servì încă ca mijloc diagnostic.

Am spus dejà că distincţiunea între sifilomul pulmonar acut şi forma chronică simulând tuberculoza chronică pe care voeşte să o stabilească prof. Dieulofoy e întru câtva artificială. Există forme de transiţiune, cari dovedesc până la evidenţă că sifilomul pulmonar circonscris constitue una şi aceaşi formă anatomopatologică: infiltraţiunea gomoasă şi sclero-gomoasă a *unei porţiuni* din pulmon, de cele mai multe ori mijlocul pulmonului drept în afară de hil, alte ori vârful drept sau chiar ambele vârfuri, după cum se vede şi din observaţiunea noastră personală.

Iar deosebirile clinice sunt relativ neînsemnate. Mersul mai repede sau mai încet rezultă din întinderea leziunilor, din intensitatea şi precocitatea tratamentului, din cauza infecţiunilor secundare asupra cărora vom zice câteva cuvinte. In formele cu mersul mai încet nu putem decât să repetăm ceea ce am precizat în formele mai acute.

Observaţiunile lui Fournier, Landrieux, Panas, Dieulafoy, devedesc că o perforaţiune a vălului palatului (Dieulafoy) un ulcer fagedenic al piciorului ca în cazul lui Fournier, exostoze tibiale (Landrieux), leziuni sifilitice ale ochiului, sifilide frontale (corona veneris) ca în cazul lui Panas, aceste eflorescenţe ale infecţiunii sifilitice, cari însoţesc leziunile pulmonare, leziuni de ramoliţiune şi chiar cavernoase, ele ajută la diagnostic şi determină instituţiunea unui tratament mixt care va redà sănătatea bolnavului. Microscopul de asemenea şi în caz de dubiu inoculaţiunea la cobai, vor dovedi absenţa bacilului lui Koch.

Cu toate acestea, nu trebue să uităm că bacilul tuberculozei la un moment dat, poate apăreà în sputa acestor bolnavi.

Peste leziunea sifilitică s'a grefat leziunea tuberculozei. Cu toate acestea cazurile acestea sunt relativ rare. Dacă febra survine, şi dacă bolnavul în loc să se vindece, se dirige către hecticitate şi cachexie, cauza nu este bacilul lui Koch, ci flora microbiană, pneumococul, stafilococul, streptococul, etc., care găseşte un tărâm prielnic desvoltării sale. După cum observă prof. Dieulafoy, sifilisul visceral este lipsit de manifestări febrile. In pulmon cu toate acestea febra se observă destul de frecuent din cauza asociaţiunilor microbiane, trachea şi bronşele constituind o cale deschisă infecţiunilor descendinte.

Aşà dar prognosticul, în aceste forme localizate, forme de bronchopneumonie acute, subacute şi cronice, este adesea ori grav din cauza infecţiunilor care se adaogă şi complică destrucţiunile parenchimului pulmonar. In ori ce caz, chiar când flora microbiană nu e bogată, totuşi diagnosticul trebue să fie rezervat. In unele cazuri, în acelaş timp cu manifestările sifilitice pulmonare, există şi în ficat, în rinichi, etc., gome, astfel că pronosticul se agravează prin multiplicitatea leziunilor sifilitice. O condiţiune esenţială a vindecării este stabilirea unui diagnostic precoce şi a unui tratament intensiv. Vom reveni de altmintrelea asupra acestei chestiuni.

Dieulafoy stabileşte încă o formă de pneumopatie sifilitică în care infecţiunea de origine bronşică, infecţiune putridă, dă naştere la o gangrenă pulmonară; citează o observaţiune a lui Feulard, a lui Latty, două observaţiuni personale. Această gangrenă nu survine într'un stadiu târziu al bronchopneumoniei sifilitice. Din lectura observaţiunilor se vede că afecţiunea debută în mod violent cu un junghiu, ca o pneumonie. Din primele zile însă, expectoraţiunea e abundentă negricioasă, cu un miros infect, şi ne arată că o porţiune din pulmon este gangrenată. La ascultaţiune se constată raluri subcrepitante, în focar, inegale; apoi suflu şi semnele de formaţiune ale unei caverne, de obiceiu către mijlocul pulmonului. Diagnosticul se poate face numai prin excluziune. Bolnavul—uneori un om tânăr—nu este nici diabetic, nici tuberculos. In schimb se constată leziunile sifilitice cele mai evidente, leziuni cutanate sau viscerale. Se citează cazuri vindecate graţie tratamentului mixt.

Mauriac se miră cum gangrena nu complică mai adesea leziunile sifilitice pulmonare; găsim întrunite în aceste cazuri, zice dânsul, destule condiţiuni favorabile gangrenei: necrobioza parenchimului, contactul aerului cu produsele de regresiune pulmonară, stagnaţiunea sputei în bronşele dilatate sau în cavităţile gomoase.

Cu toate aceastea, gangrena pulmonară în pneumopatiile sifilitice, constitue o adevărată raritate.

Credem că acesta se datoreşte faptului că sifilisul pulmonar, în majoritatea cazurilor procede mai lent, dând naştere adesea formei sclero-gomoase, de cele mai multe ori difuze, cirozei sifilitice a pulmonului, pe care o vom studià acuma, bazându-ne pe o observaţiune clinică personală şi pe constataţiunile anatomopatologice datorite studiului unui caz provenind din serviciul d-lui prof. Buicliu, prezentat societăţii anatomice de d-l dr. Tatuşescu.

* * *

OBSERVAŢIUNEA II.

T. Pârvu, în vârstă de 74 ani, plugar, intră în serviciul clinicei medicale din spitalul Colţea la 22 Noembrie 1904, pentru a doua oară; prima oară a fost îngrijit în luna lui Aprilie 1904.

Nu relevăm nimic important în antecedentele lui ereditare, decât că longevitatea e de regulă în familia lui. Părinţii săi au sucombat, tatăl la 90 de ani, mamă-sa la 100. Sunt 4 copii, toţi ajunşi la bătrâneţe: soră de 90, frate de 85, bolnavul nostru de 74, un alt frate mai mic de 65 ani; toţi ceilalţi sunt sănătoşi, nu a pomenit să fie bolnavi. E însurat; a avut 8 copii, 5 i-au murit, trăesc numai 3. Femeea lui n'a avut nici o lepădătură, copii au fost născuţi la termen; cei cari au murit au sucombat la 1 an, $1^1/_2$—3 ani, repede, spune bolnavul, fără să fi prezentat erupţiuni cutanate. Ca antecedente personale, în copilărie nu-şi aduce aminte să fi avut vre-o altă febră eruptivă, afară de pojar pe la 16 ani. La 10 ani a căzut dintr'un pom şi a avut o luxaţiune coxo-femorală, care nu a fost redusă, rămânând schiop de atuncea, din care cauză nu a făcut nici serviciul militar.

In ceea-ce priveşte maladiile veneriene, le neagă; zice că nu a avut nici blenoragie nici sifilis. Acum 5 ani, timp de trei săptămâni a avut friguri aproape continuu; apoi accesele febrile s'au rărit pentru ca să dispară cu desăvârşire. A luat atunci chinină. A uzat de alcool (vin, ţuică, etc.), dar fără a abuză.

La 25 Decembrie 1903, în ziua de Crăciun, în mod brusc, în plină sănătate fiind, a fost apucat de un junghiu puternic în partea stângă. S'a culcat, având febră şi tuse; chiar din ziua aceea, a început să expectoreze continuu, până când intră în spital; dar nici la început nici mai în urmă sputa nu a fost roşie, saŭ roşiatică ci în totdeauna verdue. Până la 1 Aprilie când a intrat în serviciul clinicei s'a îngrijit singur cu babele în sat (burueni puse în rachiu de drojdie). Atuncĭ am constatat împreună cu d-l d-r. Bruckner medicul secundar al serviciului, următoarele: bolnavul e bine constituit, înalt; pe partea anterioară a braţelor se văd tatuage făcute acum 20 de ani. Se văd arterele umerale sinuoase, în regiunea internă a braţelor, dure la pipăit; de asemenea radialele (arterio-scleroza).

Există o matitate complectă în regiunea subclaviculară stângă; de asemenea în fosa supraspinoasă şi subspinoasă corespunzătoare. La baza pulmonului stâng există de asemenea o zonă de matitate. La acest din urmă nivel respiraţiunea e obscură, există o uşoară lumchophonie şi pectorioloquie afonă.

O puncţiune făcută cu siringa lui Pravaz ne dă un lichid roşatic (conţine numeroase globule roşii). In fosa supraspinoasă respiraţiunea e suflantă. Inainte, în regiunea subclaviculară se aude un suflu cu timbru cavernos. Zilele următoare timbrul acestui suflu se schimbă apropiindu-se de acel amforic.

O puncţiune la nivelul acesta, puncţiune făcută în regiunea subclaviculară, este negativă. Examenul radioscopic arată o umbră mult mai accentuată la vârful pulmonului stâng. Bătăile cordului sunt aritmice. I se prescrie infuzie de poligală, apoi de digitală (1/120 gr.) Expectorațiunea este abundentă, de colorațiune verzue; examenul bacteriologic practicat în mai multe rânduri de către d-l dr. Rainer n'a decelat nici odată bacilul lui Koch. La 9 Aprilie i se prescrie pilule cu terpină. In tot decursul lunei Aprilie starea bolnavului e staționară. La 5 Mai se repetă puncțiunea la baza pulmonului în stânga și se extrage din nou un lichid sanguinolent. Sub claviculă puncțiunea este tot negativă.

Cu toate că nu există stigmate de sifilis; și cu toate că bolnavul neagă această afecțiune, ideia unei pneumopatii sifilitice se impune. Semnele fizice și funcționale ne arată că există o pneumonie chronică cu pierdere de substanță către vârf, în regiunea claviculară; nu e vorba aci de o dilatațiune bronchică, căci nici inspectorațiunea nu are caracterele acestei afecțiuni, nu este prea abundentă și nici matutinală. In acelaș timp există un ușor exsudat pleural sero-sanguinolent. La 11 Maiu, se prescrie tratamentul mixt, fricțiuni mercuriale (6 gr. onguent napolitan și iodur de potasiu $^{15}/_{300}$ 4 până la 8 linguri pe zi).

Bolnavul cântărià 67 kgr. la 11 Maiu. Starea generală și locală se modifică favorabil sub influența acestui tratament; în fiecare zi se constată o ameliorațiune. Expectorațiunea e mult mai puțin abundentă. O puncțiune exploratrice la baza pulmonului stâng ne dă, un lichid limpede; semnele fizice bine înțeles se modifică foarte pnțin și suflul cu timbru cavernos de sub claviculă persistă. Forțele bolnavului revin, mănâncă mai cu poftă și câștigă în greutate. In ziua de 20 Maiu cântărește 68 kgr. Bolnavul, după 20 de fricțiuni reclamă cu insistență să plece din spital, foarte mulțumit de îmbunătățirea simțitoare a sănătății lui. Notăm că în nici un moment nu am înregistrat uă ridicare a temperaturii. Ese din serviciu la 4 Iunie.

Din momentul |când a plecat din spital și până la mijlocul lunei Octombrie, s'a bucurat de o sănătate perfectă. Umblà toată ziua, muncea fără oboseală. A semănat chiar grâu, orz și rapiță pentru el și pentru proprietara lui. Atunci, în Octombrie resimte din nou o durere, de astădată în regiunea anterioară a peptului, înapoia sternului. In ziua de 4 Decembrie 1904 constatăm că sub clavicula stângă există o zonă de matitate aproape complectă. La acest nivel vibrațiunile toracice se percep mai puțin decât în regiunea corespunzătoare dreaptă. La ascultaţiune respiraţiunea deabieà se aude, uşor suflantă. De asemenea şi în regiunile supra şi subspinoase. Există matitate şi la baza stângă şi la baza dreaptă. Puncţiunea exploratrice cu siringa lui Pravaz sunt negative. In regiunea axilară stângă şi la baza dreaptă se aud câtevà frecături pleurale.

Vârful cordului bate în al V-lea spaţiu intercostal, puţin mai în afară de linia mamelonară. Numărăm 80 de bătăi pe minut, regulate.

Degetul în crochet înapoia furşetei sternale atinge convexitatea crosei (ectazie aortică); nu există suflu aortic, dar bătăile sunt mai accentuate, mai metalice la nivelul orificiului aortic.

Ficatul, splina normale. Nimic din partea organelor genitale, testiculii sunt normali. Se prescrie acestui bolnav un nou tratament mercurial şi iodurat, ca şi întâia oară. După douăzeci de zile, cere să iasă din spital. Se simte mult mai bine, în putere, nu expectorează aproape de loc. Ca semne fizice, păstrează bine înţeles semnele unei scleroze pulmonare a vârfului stâng cu o perdere de substanţă care ne dă suflul acum mult mai puţin perceptibil, cu timbrul cavernos şi chiar amforic; de asesemenea persistă uă îngroşare a pleurei la ambele baze, dar mai ales în stânga, unde am notat la început un exsudat sanguinolent, apoi seros, iar de rândul acesta o pleurezie seacă, cu frecături pleurale în axilă către partea mijlocie şi probabil cu simfiză pleurală către bază.

* * *

In ziua de 23 Februarie 1902 d-l Dr. Tătuşescu prezintă Societăţii anatomice din Bucureşti pulmonii unui bolnav din serviciul d-lui Profesor Buicliu, pulmoni asupra cărora a urmat o discuţiune la care a luat parte şi unul din noi şi care netăgăduit constituiau un exemplu tipic de scleroză pulmonară sifilitică.

Aceşti pulmoni proveneau de la un bolnav în vârstă de 52 ani, vechiu sifilitic, cu tibiile şi femurul drept îngroşate, cu fenomene de asistolie, insuficienţă tricuspidă şi simptome pulmonare (crepitaţiuni la vârfuri, frecături pleurale la baze). Sucombă repede şi la autopsie se găseşte cordul dilatat fără ca să existe vre-o cardiopatie veche valvulară sau miocardică. Ficatul cardiac. Pulmonii enormi, cântăresc 4.550 gr. Iată cum rezumează Profesorul Babeş („România medicală“, August 1904) descripţiunea macroscopică a acestor pulmoni: „ipertrofie cronică interstițială. Plămânul e ca un burete cu mult lichid murdar; găsim leziuni bronchiale și bronchiolitice și o pleurezie adesivă cu niște mase cartilaginiforme. Mai avem și o bronchectazie difusă, generalizată“.

* * *

Această scleroză ipertrofică a pulmonului, generalizată, dublă, cu dilatațiuni bronșice, la un vechiu sifilitic cu deformațiuni osoase tipice; la un bolnav care nu avusese nici odată o pneumonie sau vre o altă afecțiune pulmonară acută sau cronică este de sigur de origine sifilitică. De altmintrelea către baze am observat micĭ nodulĭ ca un bob de orez, alții ceva mai mari, mici gome, asupra cărora am și atras atențiunea Societății. Examenul istologic, pe care l'am practicat unul din noi, arată o pneumonie cronică având caracterele următoare: țăsutul conjunctiv interlobular și întreg scheletul conjonctiv al pulmonului prezintă o ipertrofie considerabilă. Bande de fibre conjonctive despart și comprimă alveolele și ultimele ramificațiuni bronchice. Dar pe lângă acest țesut conjonctiv adult vedem pe ici pe colo cuiburi de celule mici embrionare, formând noduli, fără ca să constatăm în vre-un loc celule gigante. Bronșiolele și alveolele pulmonare unele sunt comprimate de acest proces inflamatoriu cronic; dar în cea mai mare parte sunt dilatate. Alveolele pulmonare sunt pline cu o mulțime de celule endoteliale proliferate mai mari, dispuse în mai multe rânduri, multe desprinse și căzute în degenerescență. Protaplasma le este conservată la unele, bine colorată; majoritatea însă au o protoplasmă granuloasă. Constatăm de asemenea o mulțime de celule de praf. Bronșele au mucoasa iperemizată, cu infiltrațiuni embrionare în submucoasă. In genere vasele sunt atinse de endo periarterită; ele sunt numeroase și pline cu sânge; în unele locuri vedem chiar mici emoragii capilare.

Vedem dar în acest caz un exemplu tipic de sclerosă pulmonară sifilitică, care determină o ipertrofie enormă a ambilor pulmoni cari ajung să cântărească 4550 grame! Iar bolnavul sucombă, nu atât din cauza pulmonilor, ci moare ca un cardiac din cauza dilatațiuuei cordului drept. In afecțiunile cronice pulmonare, terminate printr'o scleroză accentuată, nu e rar să constatăm moartea prin cord. Fernet cită adesea cazul unui tuberculos cu leziuni întinse vindecate prin supra-alimentaţiune, repaus şi aer curat dar care sucombă câţiva ani în urmă asistolic. Dilataţiunea cordului drept fusese provocată de scleroza pulmonară care cicatrizează leziunile tuberculoase.

In cazul prezentat de d-l dr. Tatuşescu, nu există nici urmă de tuberculoză; nici la vârfuri, nici în ganglionii tracheo-bronchici. Examenul istologic ce am practicat în urmă ne-a arătat lipsa tuberculelor; am găsit numai noduli compuşi din celule embrionare, adevărate gome microscopice fără coroana de celule gigante ce întâlnim de regulă în tuberculoză.

* * *

Inainte de a încheià acest studiu printr'o ochire asupra pleureziilor sifilitice, manifestaţiuni pleurale intim legate de procesul sifilitic pulmonar, vom spune câteva cuvinte asupra sifilisului pulmonar ereditar. La copil ca şi la adult, sifilisul hereditar ca şi cel câştigat se manifestă prin leziuni gomoase. diseminate sau prin leziuni difuse sclero gomoase, Sifilisul ereditar precoce, la noul născut se traduce printr'o formă lobulară sau pseudo-lobară. Pneumonia albă descrisă de Virchow constitue la noul născut, sau la copilul născut mort în urma avortului în a 6-a sau a 7-a lună forma anatomică ce întâlnim de regulă.

Dar pe lângă această formă masivă, precoce, care nu îngădue viaţa Fournier şi după dânsul diferiţi autori raportează cazuri certe de sifilis pulmonar ereditar tardiv, survenind la 2 la 5, mai ales pe la 7 sau 8 ani în cazuri excepţionale la 20 şi poate chiar mai târziu de 20 ani. Din lectura diferitelor observaţiuni rezultă că se pot întâlnì în clinică toate formele ce am studiat dejà în sifilisul câştigat. Forme circomscrise, gome diseminate în parenchimul pulmonului la copii, cari sucombă de alte maladii intercurente şi numai graţie autopsiei pot fi diagnosticate; forme broncho pulmonare simulând, tuberculoza la copii de 7—8 ani ai căror părinţi în plină evoluţiune sifilitică prezintă manifestaţiuni secundare ori terţiare; forme de gangrenă pulmonară sifilitică vindecată prin tratamentul mixt. Dieulafoy citează o observaţiune tipică publicată de Dubousquet-Laborderie şi Gauchet în „Revue de Médecine“ 1884: o copilă de 8 nai prezentând semne cavitare la vârful pulmonului drept, febră, tuse, o stare cachetică înaintată. Apariţiunea unei gome în regiunea sternală stabileşte diagnosticul; de asemenea manifestaţiunile terţiare ale tatălui, care prezintă o periostită tibială şi onixis sifilitic. Tratamentul mixt salvează acest copil.

Aşà dar nu trebue uitată această formă clinică a sifilisului ereditar tardiv. Deşi rară totuşi sunt destul de numeroase cazurile publicate, Şi trebueşte cunoscută cu atât mai mult cu cât pe lângă interesul doctrinal, vedem şi interesul practic: Se poate obţine vindecarea prin mercur şi iodur de potasiu acolo unde se părea că numai există nici o speranţă.

⁂

Pleura poate fi interesată în mai toate cazurile de pneumopatii sifilitice. După cum manifestaţiunile tuberculoase ale pulmonului au un răsunet asupra pleurei, tot astfel şi pleurezia poate să însoţească gomele sau leziunile sclero-gomoase ale pulmonului. Dacă leziunile pulmonare sunt superficiale, rezultă o îngroşare a pleurei, un depozit de fibrină, de multe ori o pleurezie adesivă. In formele de scleroză ipertrofică, această îngroşare a seroasei este considerabilă; se pot constatà chiar mase cartilaginiforme şi calcare ca în toate inflamaţiunile cronice învechite ale seroaselor. Dar formele clinice cele mai interesante sunt acelea cari sunt însoţite de o revărsare pleurală. Uneori lichidul este în cantitate considerală, 2—3 litri; de cele mai multe ori cantitatea de lichid este mai mică 500—600 grame. In toate cazurile însă pleurezia nu pare decât să însoţească sifilisul pulmonar. In a doua observaţiune a noastră ce constatăm? Bolnavul, pe lângă semnele de scleroză pulmonară şi pe lângă semnele cavitare subclaviculare în stânga, prezintă şi o pleurezie. Puncţiunea exploratrice ne dă un lichid emoragic. Examenul istologic nu ne arată nici limfocitoză, nici elemente celulare de neoplasm pulmonar şi pleural, ci numai globule roşii de sânge. In faţa unui bătrân slăbit, prezintând semnele pulmonare asupra cărora am insistat în observaţiune, ne putem întrebà de sigur dacă nu avem aface cu un cancer pulmonar. Dar această idee a fost înlăturată cu totul prin evoluţiunea maladiei şi prin totalitatea fenomenelor clinice, cari ne făceau să îndepărtăm această idee. Expectoraţiunea nu prezintă câtuşi de puţin caracterul clasic al carcinomului (gelée de groseilles).

Tuberculoza de asemenea nu erà posibilă; nici bacili în expectoraţiune, nici limfocitoză a lichidului pleural. Bolnavul aveà o pleurezie sifilitică însoţind o scleroză pulmonară. Graţie tratamentului am văzut cum pleurezia a dispărut şi fenomenele pulmonare s'au amendat.

Ceea ce trebue să reţinem este că lichidul pleureziei sifilitice poate fi uşor emoragic. Această constatațiune o face şi profesorul Dieulafoy într'un alt caz de pleurezie terţiară: lichidul erà mai abondent şi dispnea considerabilă. Dânsul extrage 650 grame prin toracenteză. Balzor într'un caz terminat prin moarte constată în acelaş timp cu un mare număr de gome diseminate în pulmon, doi litri de exsudat sanguinolent.

In cazul nostru lichidul erà puţin abundent şi nu a fost nevoe de toracenteză. De altmintrelea, acest exsudat s'a resorbit în urmă şi dispăruse cu totul atunci când bolnavul a revenit în serviciu.

Chantemesse şi Widal, Dieulafoy, admit şi o pleurezie sifilitică precoce coincizând cu accidentele secundare şi în particular cu rozeola sifilitică. Această pleurezie se manifestă în cursul infecţiunii sifilitice grave, este bilaterală şi vindecerea sa survine de asemenea sub influenţa tratamentului mercurial în acelaş timp cu disparițiuuea celorlalte manifestări specifice pe tegumente, pe mucoase; într'un caz în acelaş timp cu vindecarea unui iritis sifilitic. Aceste observaţiuni sunt încă puţin numeroase şi credem că studiul lor nu este încă făcut pe deplin Pleureziile sifilitice certe, sunt acelea terţiare, însoţind pneumopatiile gomoase şi sclero-gomoase. Totuşi trebue să avem în vedere şi aceste pleurezii cari însoţesc fenomenele secundare. De sigur că în asemenea cazuri citodiagnosticul şi inoculaţiunile lichidului pleural ne vor lămurì dacă avem aface cu leziuni sifilitice, sau există numai o coincidenţă între fenomenele secundare apărute pe tegumente şi mucoase şi o pleurezie tuberculoasă sau o pleurezie datorită vreunei alte infecţiuni.

Pentru a complectà acest studiu asupra sifilisului pulmonar, trebue să cităm şi adenopatiile tracheo-bronchice. Pleura pe de o parte, lanţul ganglionar tracheo-bronchic nu fac decât să sufere influenţa sifilisului pulmonar, fie el ereditar fie câştigat.

Toate fenomenele tumorilor mediastinale, tiragiu, cornagiu, compresiunea recurentului pot fi notate în aceste cazuri. In acelaş timp cu adenopatia tracheo-bronchică la copil, vom notà şi alte manifestaţiuni ale sifilisului ereditar şi mai ales diformaţiunile dintare, dinţii lui Hutchinson. Cităm observaţiunile lui Dieulafoy, Forget, Balzer, Raymond. Dacă tratamentul mercurial şi iodurul de potasiu sunt administrate la timp şi în doze suficient, vom puteà obţine vindecarea atât ale fenomenelor de compresiune mediastinală cât şi a fenomenelor pulmonare.

* * *

In cursul acestui studiu am insistat în nenumărate rânduri asupra tratamentului, care ne dă în unele cazuri vindecări surprinzătoare şi neaşteptate. Dacă serul antisifilitic e încă departe de a fi aflat poate că spirochaete pallida găsit de Schaudinn şi Hoffmann şi inoculările pozitive ale lui Metchnikoff vor îndreptà cercetătorii în spre marea descoperire. Până atunci însă experienţa trecutului ne-a pus în posesiunea unui medicament de primul ordin, mercurul. Organismul unui sifilitic se poate asemănà, e adevărat, cu o sticlă de cerneală; dacă s'a sfârşit cerneala şi vom adăogà puţină apă în sticlă, tot vom mai puteà obţine cerneală. Şi numai spărgând sticla se va distruge substanţa colorantă care îi acoperià pereţii. Dar avem totuşi pentru a pune la adăpost şi a vindecà manifestările sifilisului mercurul şi iodurul de potasiu. Manifestările specifice pot fi puţine şi benigne la unii; alţii însă sunt urmăriţi o viaţă întreagă de eflorescenţe sifilitice, de manifestaţiuni viscerale gomoase şi sclerogomoase; şi ceea ce înegreşte şi mai mult pronosticul sifilisului, sunt afecţiunile parasifilitice, care devin cu atât mai grave cu cât acţiunea medicamentelor uzuale mercur şi iod nu au aproape nici o acţiune.

In ceea ce priveşte sifilisul pulmonar, vedem din potrivă cum în foarte multe cazuri bolnavii condamnaţi aproape în stare de profundă cachexie, revin la sănătate şi la viaţă. Cum trebueşte dar aplicat tratamentul antisifilitic, pentru ca să putem obţine rezultate satisfăcătoare? Desigur cu cât intervenţiunea noastră va fi precoce, cu atât sorţii de izbândă vor fi mai mari. Dacă vom lăsà ca pulmonul în întregime să fie cotropit de procesul sclerogomos, acţiunea medicamentoasă va fi mai lentă şi mai incompletă; căci cum oare putem face să retrocedeze un procesus scleros vechiu, dejà organizat? De aceea, când suntem în faţa unui bolnav cu fenomene pulmonare de ramoliţiune sau fenomene cavitare, localizate mai ales către mijlocul pulmonului; când examenul sputei practicat în mai multe rânduri ne arată absenţa bacilului lui Koch sau aspergilului care şi dânsul ne poate da aci pseudo-tuberculoză şi mai ales când avem aface cu un sifilitic averat, cu manifestaţiuni cutanate, osoase sau viscerale (testicul, ficat), atunci trebue să aplicăm tratamentul mixt sifilitic în mod energic şi prelungit. Unii autori prescriu în acelaş timp iodurul şi mercurul; alţii alternează: după un period de tratament mercurial urmează tratamentul iodurat şi apoi revin la tratamentul mercurial (Dieulafoy). Aceasta depinde în mare parte şi de susceptibilitatea bolnavului. Dar credem că nu e nici un inconvenient a se administrà în acelaşi timp iodurul la interior şi fricţiunile mercuriale. Iodurul în doze progresive dela 4—12 grame pe zi; fricţiunile zilnice de 4 grame onguent napolitam, veghind bine înţeles asupra gurei ca să evităm stomatita mercurială.

Injecţiunile intramusculare caută să ia locul din ce în ce al vechilor metode. Totuşi fricţiunile constituesc, credem, un mijloc excelent poate chiar superior multor din injecţiunile mercuriale cu săruri solubile. Dieulafoy recomandă cu căldură biiodurul în soluţiune în untdelemn; doza de 0,004 m.m. gr. pe zi ni se pare prea mică, putem injectà un centigram pe fiecare zi şi chiar două.

Fournier şi cei mai mulţi sifilografi recomandă astăzi cu căldură injecţiunile cu oleu cenuşiu (huile grise); pe lângă avantagiul unei mercurializări intensive, această metodă mai prezintă pe acela de a necesità o singură injecţiune săptămânală de 0,8 c. gr. Ne putem servi pentru aceasta de siringa lui Pravaz, dar pentru un dosagiu mai exact e de preferat siringa lui Barthèlemy.

Aşà dar consiliem în cazurile de sifilis pulmonar ca şi în toate cazurile de sifilis visceral mercurul în primul rând, adevăratul specific al acestei afecţiuni şi aceasta cât mai repede şi în mod energic. Asupra modului de a aplicà tratamentul mercurial, putem alege după împrejurări sau fricţiunile mercuriale (4 gr. pe zi) în serii de 15—20, sau injecţiunile cu biiodur de mercur în soluţie de untdelemn sau în soluţiune apoasă, în serii de 15—20 a câte un centigram pe zi (dizolvat într'un centimetru cub de lichid); oleul cenuşiu constitue însă de asemenea un mijloc eficace în combaterea manifestărilor terţiare. Se va aplicà în serii de 6—8 injecţiuni, o injecţiune pe fiecare săptămână. In acelaş timp sau alternând cu mercurul vom ordonà iodurul de potasiu în dose de 4—12 gr. pe zi. Dacă afecţiunile parasifilitice ca tabesul şi paralizia generală nu sunt decât foarte rar şi foarte puţin influenţate de tratamentul cu mercur şi iodur de potasiu, vom puteà aveà satisfacţiunea ca în cele două cazuri personale ce am relatat să obţinem rezultate surprinzătoare. Sifilisul pulmonar e susceptibil de vindecare; numai trebue ca diagnosticul să fie făcut cât mai repede şi clinicianul să cunoască multiplicitatea formelor ce poate lua sifilisul pulmonar, fie el ereditar fie mai ales cel câştigat: printre manifestaţiunile viscerale ale sifilisului terţiar am văzut în cursul acestui studiu cât de importante sunt manifestaţiunile pleuro-pulmonare.

BIBLIOGRAFIA

1. **Andreac Eduard.** Anatomische Untersuchungen über die Lungen affectionen Syphilitischer Kinder *I."D. Würzburg.* 1876.
2. **Aufrecht.** Die Lungenentzündungen. In *Nothnagel's, spiec. Path. u. Therap.* 1899.
3. **Anghelovici şi Jianu** în *Rev. sc. med.* August 1895, vezi şi bibliografia.
4. **Bade.** Ueber Gumikusten in der Lunge Erwachsener *I. D. München* 1896.
5. **Bäumler.** Syphilis. *In „Ziemssen" s. Handbuch.* B. III.
6. **Barelmann.** Ein Fall von Lungensyphilis. *I. D. München* 1882.
7. **Balzer.** *Traité de méd. Brouardel et Gilbert. T. VIII* p. 789.
8. **Birch-Hirschfeld.** Lehrbuch. d. *path. Anatom.*
9. **Borst.** Bericht der Setzungen der phys. med. Ger. zu Würzburg von 1898. *Münch, med. Woch.* 1898 No. 30.
10. **Bourdieu.** Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire. *Th. Paris* 1896.
11. **Calomiatti.** La sifilide nella. produz. della tisi. *Giorn. ital. della mall. ven et della pelle Milano.* 1877.
12. **Caporale.** Clin. therap. No. 6 1895.
13. **Cornil et Ranvier.** *Manuel d'hyst: pathol.*
14. **Carliér.** *Th. de Paris* 1882.
15. **Counecilmann.** Syphilis of the lung. Iohn. Hopkins *hospistal bull.* 1891 p. 34.
16. **Cube.** Ein Beitrag zur Lungensyphilis *Virch. Arch. Vol.* LXXXII p. 516.
17. **Darier.** Manuel de médecine *Debove et Achard. T. I. Paris,* p. 392.
18. **Dubourg.** Adénopathie trachéo-bronchique syphilitique *Th. de Bordeaux* 1887.
19. **Dieulafoy.** Syphilis du poumon et de la plevré *Gaz. hebdom. „de méd. et de chir.* Paris 1889 p. 285.—«Clinique médicale de l'Hôtel Dieu de Paris 1898.
20. **Dincler.** Ein Beitrag zur Lehre von des syphilitischen Erkrankungen des mediastinums und der Lungen *(Munch. med. Voche, 1897,* XLIV, p. 1379.
21. **Engel Hugo.** Diagnose der Lungensyphilis *Philadelphia medical Timus.* Oct. 1882.
22. **Ewe.** Heilung in 3 Fällen von Lungensyphilis *Wien. med. Presse* 1879, No. 24.
23. **Fournier.** Phagédénisme III du pied; phthisie syphilitique.
24. **Fournier.** De la phtisie syphilitique *(gaz hebd. de méd. et de chir.)* 1875. p. 758, 772, 802, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.* Paris 1878—79.

25. **Faget.** *Th. de Paris* 1896.

26. **Feulard.** Soc. de derm. et de syphil. mai 1893.

27. **Frank.** Uber einen Fall von Lungensyphilis Wien med. Presse. 1880.

28. **Goodhart.** Syphilitic disease of the. lung. Transact of. the. path. Societey 1874 p. 31.

29. **Goodhart.** Phthisis of fibroid form. Historis of syphilis transact. of the path. Societey. 1877 p. 313.

30. **Grandidier.** Ueber Lungensyphilis und ihre Heilbarkeit durch Schwefelquellen zu

31. **Gowers.** Syphilitic disease of the lungs. Transact of path. Societey 1877 p. 336.
Nenudorf. *Berl. klin. Woch.* 1875.

32. **Green.** Syphilitic disease of lung. Transact of the path. Societey 1877.

33. **Gannett.** Syphilis of the lung System of pract. med. *(Lovnis. New-York.,* 1897, II p. 249.

34. **Jaccond.** Syphilis pulmonaire et tuberculose associés *(Rev. prat. de trov. de méd. Paris* 1897 p. 73.

35. **Greenfield.** Syphilitic? pneumonia. *Transac. of. the path. Socièley.* 1876.

36. **Greenfield.** Visceral syphilis. Tot acolo 1877.

37. **Hausemann.** Die secondäre Infection mit Tuberkel bacillen. *Berl. Klik. Woch.* 1993, No. 11.

38. **Hecker.** Bemerkungen über Syph. conceptio *Verch. des Ges. f. Geburstlı. Berlin* Vol. VIII.

39. **Heller.** Die Luugen erkrankungen bei angeborener Syphilis Deutsch. *Arch. f, klin. Med.* 1888.

40. **Heubner.** Syphilis im Kindesalter. *In Gerahdtes Handles. der Kinderkrankheiten* 1896

41. **Hiller.** Ueber Lungensyphilis und Syphilit Phtisis Charité Annalen 1882.

42. **Hochsinger.** Syphilis. Congenito und Tuberculose Wien. *med. Bl.* 1894.

43. **Howitz.** Behrend's Syphilidologic Vol. III.

44. **Jacquin.** Th. de Paris 1884.

45. **Kaposi.** Syphilis Deutsch Chirurg.

46. **Haufmann.** Lehrbuch d. spec. path. Anat.

47. **Kopp.** Syphilis der Trachea und der Broncheen Pneumonia syphilitica Deutsch. *Arch. f. klin- Med.* 1882.

48. **Kroeniger.** Beobachtungen über den Befund des Ansvurfes bei syphil. Lungenerkrankungen. *Deutsch med. Woch.* 1884. No. 50.

49. **Jacquinet.** Tuberculose pulmonaire, chez les syphilitiques. *Th. Paris* 1895.

50. **Lang.** Vorlesungen über Syphilis 1885.

51. **Langovi.** Un cas de syphilis du poumon (Wratch, 1897, No. 1).

52. **Lehman.** Nyere Erfaringer ag Undersogelser am Lungensyph. Bibl. for Laeger Kopenhaga, 1881.

53. **Landrieux.** Pneumopathies syphilitiques. Th. Paris 1872.

54. **Lesser.** Haut und Geschlechtskrankheiten.

55. **Lancereaux.** Cliniques médicales I vol. p. 229.

56. **Longin** et **Robin.** *Gaz. médic.* de Paris 1855.

57. **Letulle.** An. path. Cœur, vaiss poumons. Paris 1896.

58. **Mahomed.** Two Cases of syph. disease of the lung. *Transact. of the path. Societey* 1877.

59. **Mauriac.** Syphilis tertiaire des poumons. *Gaz. méd. der hôpitaux.* 1888.

60. **Marfan.** *Traité de médecine* 1893. p. 502.

61. **Nacke.** Symptomatologie der Lungensyphilis auf anatomischer Grundlage. I. D. Salangen 1898.

52. **Neumann.** Syphilis. In Nothnagel spec. Path. und Therap. 1896.

63. **I. Noland Mackenzie.** A system of genito-ur. *Diseases New-York.* 1894, T. II.

(63) **Orth.** Lehrb. spec. path. Anat. 1887.

(64) **Pankritius.** Ueber Lungensyphilis Berlin 1881 Aug. Hirschvald.

(65) **Pavlinoff.** Diagnose und Behandlung der Lungensyphilis. Virch Arch. Vol. LXXV.

(66) **Perry.** Diffuse syphilis fibrosis of the lung. Transact of the path. Societey, 1891.

(67) **Petersen.** Zur kenntniss der Lungensyphilis *Münch. med- Woch.* 1893.

(68) **Porter.** Observations ou phthisis and pneumonic in the relation to syphilis *New. York. med.* Journ. 1885.

(69) **Potain.** Syph. pulmonaire; historique etc. *Gaz des hôpit.* 1888.

(70) » De l'association de la syphilis et de la tuberc. *L'union médical* Paris 1888.

(71) **Proksch.** Zur Geschichte der Lungensucht *Wiener, med. Bl.* 1879.

(72) » Die litteratur über die venerischen Krankheiten Bonn 1900. p. 622.

(73) **Pye Schmith.** Tertiäre Syphilis der Lunge *Transact of the path.* Soc. 1877.

(74) **Ramdohr.** Zur Casuistik der Lungensyphilis bei Erwachsenen. *Arch. f. Herti* 1878.

(75) **Rethi.** Zur Casuistic der Lungensyphilis. *Wiener med. Press.* 1884.

(76) **Rolleston.** Gumma of lung. *Transact. of the pat. Soci.* 1891.

(77) **Rollet.** Uber Lungensyphilis, Wien med. Press. 1875.

(78) **Ruhemann.** Uber Lungensyphilis *I. D. Berlin* 1888.

(79) **Sacharjin.** Die Syphil Pneumonie. *Berl. Klin. Woch.* 1878.

(80) **Scheeh.** Lungen und Trachealsyphilis Casuist. Beit. *Deutsch. Arch. für klin med.* 1882.

(81) » Beitr. zur Lehre von Syphilis der Lunge der Tracheea etc. *Interior Klin. Rundschau* 1887.

(82) **Sée et Talamon,** Maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon, Paris 1885.

(83) **Schiffmacher.** Uber die syph. Erkrankungen der Lunge. I. D. Berlin 1896.

(84) **Schirreu.** Uber Lungensyphilis. *Derm. Zeifsd.* Vol. I. 1893/94.

(85) **Schnitzler.** Uber Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwind-sucht. *Wien med. Press* 1879.

(86) **Schnitzler.** Zur pathologie und Therapie der Kehlkopf und Lungensyphilis, *Wien med. Presse* 1886.

(87) **Schnitzler.** Weiteres Beitrage zur kehlkopf und Lungensyphilis *Wien med. Presse* 1886.

(88) **Schwyzer.** *Münch med. Woch.* 1896, No. 15.

(89) **Sée.** Médecine clinique. F. II.

(90) **Seifest.** *Deutsch med. Woch.* 1893. p. 1010.

(91) » Uber Bronchostenose. *Münch. med. Woch* 1895.

(92) **Senger.** Uber die Beziehung der Lungen syphilis zur Tuberculose. I. D. Berlin 1883.

(93) **Sokolowsky.** *Deutsch. med. Woch.* 1883 No. 37/99.

(94) **Spandes.** Uber congenital. Lungensyphilis I. D. Preiburg 1891.

(95) **Stiner.** *Deutsch Arch. f. klin Med.* 1896. p. 118.

(96) **Storch.** Beitrag zur Syphilis der Lunge. *Biblioteca medica.* 1896.

(97) **Stroebe.** *Centrbl. fur alles Path. und path. Analles* 1891.

(98) **Verchow.** Die Krankhaften Gerchwülste.

(99) » *Virch. Arch.* Vol. XV.

(100) **Wagner** Arch. der Heilkunde 1863.

(101) **Wanitzke.** Prager *med Woch.* 1893 No. 13.

(102) **Weber Hermann.** Transact. *of the path.* Soc. 1866.

(103) **Ziemssen.** Lungen tuberculose, syphilis oder carcinom *Berl. Klin Voch.* 1887.

(104) **Zinn.** Lungensyphilis charité *Annal.* 1898.

Dr. J. D. Ghiulamila

Principiile aparatelor ortopedice portative moderne (¹)

Chirurgii din toate timpurile au imaginat diferite aparate și au întrebuințat diferite mijloace mecanice pentru a îndreptă o

---

(¹) Lucrarea de față este o desvoltare a primei părți a conferinței mele: «*Despre principiile și indicațiunile aparatelor ortopedice portative moderne*», pe care am ținut-o în ziua de 11 Maiu 1905, la al IX congres al Asociațiunei medicilor din țară și care a fost urmată de 75 proecțiuni electrice a tot felul de aparate.

deviaţiune patologică a aparatului locomotor, pentru a ascunde sau oprì în desvoltare o diformitate a aceluiaşi aparat, sau pentru a înlocuì un membru amputat ori a face să funcţioneze unul paralizat în total sau în parte.

Dacă răsfoim tratatele de chirurgie, clasice, vechi şi mai noui chiar, găsim în ele ilustrate diferite asemenea aparate, dar rare ori găsim câteva cuvinte asupra mecanismului, a construcţiei şi a principiilor lor medicale, căci toate aceste părţi ştiinţifice ca şi execuţiunea technică a aparatelor, până mai de curând, erau lăsate la inteligenţa şi abilitatea mecanicianului.

In timpul din urmă însă, cu avântul ce a luat chirurgia în general, s'au desvoltat şi perfecţionat, nu numai technica operatoare şi mijloacele de exploraţiune clinică, ci şi celelalte părţi ale terapeuticei chirurgicale, aşà numite fizice sau mecanice,— cum e masagiul, mecanoterapia, aparatoterapia, gimnastica medicală,—toate au fost cultivate şi puse pe baze ştiinţifice.

In adevăr, cu toată perfecţiunea la care a ajuns chirurgia operatoare, nu putem face totul numai cu cuţitul şi nu depinde totul numai dela operaţie. Ca dovadă este că, după ce am operat, aplicăm primul şi cel mai simplu mijloc mecanic care apără şi menţine rezultatul operaţiei noastre, aceasta este bandagiul post operator, care poate fi de mai multe feluri şi dela care depinde în mare parte succesul intervenţiei noastre.

Deci, după cunoştinţele ştiinţifice şi mijloacele terapeutice, ce posedăm astăzi, în majoritatea cazurilor, operaţia nu poate există sau vindecà singură, ci ea are nevoe şi de alte mijloace fizice sau mecanice, cari o urmează imediat sau mai târziu, şi o ajută, îi complectează rezultatele sale.

Mai departe, în patologia chirurgicală avem unele afecţiuni, dintre cari e destul să numesc tuberculoza articulaţiilor, care tratată pe cale conservativă, mecanică, obţinem rezultate mai bune şi mai sigure decât pe cale operatoare; deci ori ce medic trebue să cunoască aceste mijloace de tratament în interesul bolnavului, al ştiinţei şi al lui propriu.

In fine, mai amintesc încă o categorie de cazuri cum sunt unele diformităţi, ca scoliozele şi unele infirmităţi produse de paralizii în cari, cel puţin până astăzi, nici operaţia nici medicamentele nu pot face mai nimic, şi cel mai abil chirurg recurge la aceleași mijloace mecanice pentru a vindecă sau ușură suferințele pacienților săi.

De aci putem vedeà importanța cunoașterii acestor științe— secundare în chirurgia generală,—dar cari ocupă primul loc când e vorba de tratamentul diformităților aparatului locomotor, fie ele de origină congenitală sau căpătate în urmă.

Tratamentul acestor afecțiuni chirurgicale a fost cultivat cu îngrijire în prima jumătate a secolului trecut, atât în Franța cât și în Germania, și se făceà numai prin mijloace mecanice. Cu introducerea asepsiei și antisepsiei în chirurgie s'a crezut că pe cale operatoare se vor obține rezultate mai repezi și mai bune; dar, după ce și operațiile și-au făcut încercarea lor, s'a văzut că tratamentele nesângerânde dau rezultate mai bune în multe cazuri și atunci s'a dat o mai mare atenție și desvoltare lor.

Tratamentul diformităților și-a reluat caracterul său mecanic din trecut, dar cu o deosebire foarte mare.

Pe când înainte mijloacele întrebuințate erau mai mult empirice, bazate pe idei personale și pe deducțiuni teoretice, azi aceste mijloace de tratament sunt bazate numai pe principii științifice,— pe anatomie, pe fiziologie, pe patologie,—ele sunt perfecționate și au indicațiuni bine stabilite.

Pe lângă aceasta și chirurgia operatoare, a cărei technică s'a perfecționat, și ea își are rolul ei considerabil și bine precizat în tratamentul diformităților.

Deci în general, cele două metoade chirurgicale,—operatoare și mecanică,—sunt chemate să se ajute între ele, să se suplinească, să se complecteze una pe alta și cu modul acesta tratamentul diformităților ne dă rezultate din cele mai frumoase, uimitoare chiar.

Studiul și tratamentul diformităților a făcut progrese așa de mari, încât, spre a le posedà și aplicà bine, a trebuit să se constituească în specialitate, aceasta este *chirurgia ortopedică*.

De când această specialitate a fost recunoscută și predată în mod oficial la Universitățile din streinătate și mijloacele cu cari ea lucrează s'au perfecționat și sistematizat.

Astfel apare *aparatoterapia* sau, această ramură numită *chirurgia mecanică*, ca o fiică a chirurgiei ortopedice moderne, sub o formă și pe baze științifice demne de timpurile, în cari trăim.

Nu este locul nici timpul aci de a mă ocupà de limitele şi atribuţiunile chirurgiei ortopedice, ţin însă să spun că din punct de vedere ştiinţific medical nu poate existà o *ortopedie mecanică* singură ca specialitate ci o *chirurgie ortopedică*, în care intră şi cea d'intâiu.

Cel care se ocupă cu prevenirea şi tratamentul diformităţilor àparatului locomotor trebue să fie bun chirurg, bun operator, bun diagnostician; el trebue să aibă cunoştinţe solide de mecanică, să fie dotat cu o îndemănare şi aptitudini speciale şi mai presus de toate trebue să aibă o experienţă mare pentru a cunoaşte bine indicaţiunile diferitelor metoade de tratament după cazuri, spre a nu fi expus la greşeli în dauna bolnavului.

El trebue să ştie unde este indicată o operaţiune şi unde se poate obţine un rezultat mai bun cu un aparat sau prin alt tratament. Dacă el va cunoaşte numai una din aceste metoade de tratament, atunci el o va aplicà numai pe ea şi astfel am avut adeseaori ocazie să văd tratând cu aparate ani de zile fără nici un rezultat, afecţiuni cari operate sau tratate altfel ar fi dat rezultate repezi şi excelente; şi contrariul, am văzut cazuri operate fără rezultat sau cu rezultat prost, cari tratate în mod conservativ sau ne tratate chiar de loc, ar fi dat rezultate admirabile.

Mulţi chirurgi prescriu aparate ortopedice şi mai mulţi bandagişti le fac, dar câte din aceste aparate şi îndeplinesc scopul lor medical şi cât de greu este să se atingă acesta în practică numai acel medic specialist, care a văzut şi a făcut sutimi de aparate o poate spune.

Mergând pe această cale numai, putem face progrese în ştiinţă şi aduce foloase bolnavilor; specializarea e bună când e bine înţeleasă şi când e în armonie cu cunoştinţele generale de medicină şi chirurgie. Această învăţătură ne-o dă însăşi desvoltarea aparatoterapiei moderne.

Inainte, când medicii nu se ocupau de aproape de aparatele ortopedice, puţini bolnavi beneficiau de ele, de când însă această ştiinţă a fost pusă pe baze ştiinţifice ea aduce servicii reale multor bolnavi.

Aparatele ortopedice vechi erau formate din şine metalice articulate între ele şi fixate pe corp prin nişte brăţări de piele, deci ele nu puteau aduce servicii reale căci le lipsià partea lor fundamentală: fixarea exactă și nesupărătoare pe corp.

La aparatele moderne însă e cu totul altfel; aci totul și are rostul său științific, totul e bazat pe anatomie, pe fiziologie, pe mecanică, pe natura maladiei, totul e conform cu scopul ce urmărim.

Aci avem un schelet metalic al aparatului format din șine prevăzute cu diferite articulații la cari totul e făcut pe calcule mecanice și pe date anatomice. Ceea ce este pentru un membru sănătos scheletul osos, pentru unul bolnav este acest schelet metalic, care trebue să corespundă exact cu cel d'intâiu. Pentru fixarea acestui schelet extern aci nu avem brățări ci teci ușoare și solide, elastice, cari se adaptează exact pe părțile moi ce acoperă oasele dintre articulații sau pe o mare parte din schelet, totdeauna însă având și puncte de sprijin pe părțile mai proeminente ale lui, fără a supăra. Aceste teci și aparatul întreg se lucrează pe modele exact făcute după membrul bolnav sau sunt modelate direct pe corp.

Având acest fond științific medical și mecanic aparatele moderne, cu ele apoi putem atinge diferite scopuri terapeutice, prin adăogare de diferite mecanisme. Astfel putem imobilizà o parte bolnavă a scheletului, putem îndreptà o parte deviată a lui; putem descărcà o articulație bolnavă de greutatea corpului ce apasă pe ea, putem înlocuì diferite organe, cari lipsesc sau nu funcționează.

Chirurgii ortopediști moderni nu au făcut numai atâta, ei nu au stabilit numai bazele științifice ale aparatelor, ci s'au ocupat și de mijloacele de a le aduce la îndeplinire; ei au căutat să simplifice acecte mijloace și să le pue cât se poate la îndemână chirurgului și la aceia a stării materiale a bolnavului. Astfel s'au experimentat nenumărate materialuri ca: lemn, piele, pâslă celuloid, aluminium, carton etc., toate au fost întrebuințate și din toate se pot face aparate conform cu principiile stabilite și chirurgul se poate servì de unul sau de altul după împrejurările în care se află și totdeauna poate fi de folos bolnavului

Astăzi chirurgul nu este la dispoziția bandagistului, căci și atunci când nu avem la îndemână decât feși și gips, putem face aparate portative cari aduc mari servicii bolnavilor.

Iată atâtea probleme științifice, pe cari le-a rezolvat ortopedia modernă şi cari au reclamat o muncă lungă şi stăruitoare.

E destul să amintesc partea cea mai cunoscută a studiului, anume *extensiunea,* care constitue unul din principiile aparatoterapiei, asupra căruia chirurgii cei mai eminenţi ai Europei şi Americei, ca Volkmann, Koenig Lannelongue Paschen, Morossof, Brackett, Judson, Albert, Lorenz, şi alţii, au făcut studii lungi şi grele spre a arătà acţiunea ei asupra articulaţiilor bolnave şi sănătoase.

In aceste studii îşi are origina ştiinţifică aparatoterapia modernă: Pe când unii chirurgi din Europa caută să aplice extensiunea imobilizând pe bolnav în pat, americanii au aplicat metoda ambulant în aparate portative.

Americanii au construit diferite aparate pentru acest scop, dar ele au inconvenientul că le lipseşte fixarea, ele nu îmbracă membrul bolnav ci îşi iau puncte de sprijin numai pe diferitele părţi ale scheletului.

De altfel această ramură este foarte desvoltată în America, universităţile au ateliere unde se pot studià şi fabricà aparate pentru bolnavii săraci.

Adevărata perfecţiune din toate punctele de vedere au atins-o aparatele ortopedice portative în Germania. Cel care a creat partea technică a sistemului modern e Hessing, un mecanician cu talent extraordinar.

El a arătat cum trebue făcut scheletul diferitelor aparate, a imaginat diferite mecanisme, iar chirurgii ortopedişti ca Hoffa, Lorenz, Scheede, Heusner, Vulpius, etc. au dat forma şi bazele ştiinţifice ale aparatoterapiei, au stabilit indicaţiunile şi au arătat rezultatele ce se pot obţine cu ele; ei au popularizat metoda care a fost ţinută în secret de către Hessing.

Principiile medicale ale aparatelor ortopedice portative fiind stabilite, astăzi trebue să facem aparate conform cu ele.

Toate aparatele portative, ce se întrebuinţează astăzi în practica ortopedică le putem împărţi în 3 mari clase după scopul lor terapeutic special.

Acestea sunt:

1) *Aparate de fixare,* al căror scop principal este să imobilizeze absolut o parte bolnavă a scheletului cu scop de a o vindecà;

2) *Aparatele de redresare*, pe cari le întrebuințăm pentru a îndreptà o deviațiune anormală a scheletului;

3) *Protezele*, cari au de scop să înlocuiască membre sau organe, cari lipsesc sau nu funcționează.

Așà dar aceste 3 grupuri de aparate au fiecare câte o bază terapeutică principală sau un principiu, pe care sunt construite și căreia se datorește efectul lor. Acestea sunt: *Fixarea*, *Redresarea* și *Proteza* sau înlocuirea.

Să ne ocupăm în parte de fiecare din ele.

Fixarea. Fixarea are de scop de a imobilizà o articulație sau o serie de articulații ori părți interarticulare ale scheletului, în cari s'a produs un proces morbid sau o soluție de continuitate ori alte alterațiuni ale țesăturilor, cu scop de a le vindecà fără ca bolnavul să fie silit să steà nemișcat în pat ci să poată să meargă, fie în ori ce parte a scheletului s'ar aflà partea bolnavă.

Condițiile principale ale fixării sunt: Ea trebue să fie absolută, sigură, permanentă, să nu supere pe bolnav nici local nici mai departe; să nu geneze în mod considerabil mișcarea sau mersul bolnavului, să nu aducă vătămarea viscerelor nici sistemului circulator sau nervos.

Pentru a realizà fixarea în aparatele portative moderne avem la îndemână tecile, cari sunt făcute din materiale solide dar flexibile, lucrate după modele luate exact după partea bolnavă a corpului și a căror suprafață internă trebue să se aplice exact fără să apese, fără să supere.

Aceste teci întărite prin tutori metalici pot fi simple, adică cuprind articulația ca o cămașe de toate părțile, sau pot fi formate din mai multe teci cari sunt legate între ele prin șine cu articulații. Cele dintâiu le putem întrebuințà când articulația bolnavă trebue menținută din toate părțile și cel puțin cât timp ține aparatul nu au să se facă mișcări în articulație; cele de al doilea le întrebuințăm când după un timp de fixare trebue să permitem mișcări articulației sau când pe lângă partea bolnavă se află și articulații sănătoase în aparat, cari nu trebuesc imobilizate. De altfel de multe ori în technică putem combinà cele două sisteme. Fixarea deci în aparate în general nu o facem prin acea că aparatul înfăşoară strâns articulaţia sau partea bolnavă a corpului ci mai mult prin sprjinul ce-l iea aparatul pe părţile vecine sănătoase, pe suprafaţa părţilor moi şi mai ales pe proeminenţele osoase ale scheletului ca crestele iliace, ischion, condilii femurului, cari sunt puncte de sprijin fixe şi solide.

Descărcarea. In general fixarea unei articulaţii sau a unei alte părţi bolnave a scheletului este asociată cu descărcarea ei de ori ce presiune, care ar puteà produce restul corpului sau mediul ambiant solid asupra ei.

Ori ce articulaţie a membrelor inferioare sau a trunchiului este nevoită să suporte greutatea acelei părţi a corpului, care se află deasupra ei şi presiunea ce o exercită solul prin partea aşezată de desubtul ei. Când stăm în picioare, această presiune dublă e mică, dar în timpul mersului când greutatea se lasă când pe un membru sau pe altul, ea e considerabilă.

Când o articulaţie e bolnavă şi e supusă la această presiune atunci se produc în ea dureri, se produce distrugere mecanică a oaselor alterate, se produce o iritaţie continuă şi bolnavul iea diferite poziţiuni spre a evità această presiune, aşà numitele atitudini viţioase aproape caracteristice pentru fiecare articulaţie, cu care chirurgul are de luptat apoi mult.

De aceea de cele mai multe ori pe lângă fixarea de mai sus trebue să lucrăm astfel ca articulaţia să fie liberă de această apăsare, adică s'o descărcăm cum se zice în limbagiul ştiinţific şi technic.

Această descărcare se obţine uneori în mod simplu; aşà, spre exemplu, la membrul superior care atârnă liber în jos, o face natura însăşi; la membrul inferior, putem obţine culcând pe bolnav în pat, sau în mod mecanic, la genuchiu spre exemplu, o putem face prin acea că basinul prin ischion stă pe aparat călărind şi aparatul vine în contact cu solul şi poartă greutatea iar membrul e liber, atârnând şi fixat în aparat. Pentru coloana vertebrală e mai greu, dar şi aci se poate face o descărcare.

Extensia. De multe ori, spre a lucrà şi mai bine asupra părţii bolnave, la aceşti doi factori, fixarea şi descărcarea, se adaogă un al treilea care este extensia. După cum o articulaţie primeşte greutatea sau apăsarea din partea celor două părţi osoase ce o formează, tot aşà noi putem lucrà în sens invers lucrând asupra celor două părţi, dacă un capăt e fixat sau sprijinit de o parte a aparatului spre exemplu, iar asupra celuilalt capăt aplicăm o forţă care îl depărtează de primul, adică facem extensie în aparat. Cu modul acesta contribuim mai bine la descărcarea articulaţiei şi la fixarea ei şi mai mult depărtăm între ele uneori suprafeţele articulare bolnave şi favorizăm şi mai bine vindecarea lor. Pe lângă aceasta, extensia ar aveà şi o acţiune asupra muşchilor, cari pun în mişcare articulaţia, ea luptă contra spasmului lor, pentru că înlătură mai bine atingerea oaselor bolnave, deci cauzele cari produc dureri şi contracturi musculare. Deci pentru a realizà în mod terapeutic fixarea, avem aceste trei elemente, cari de obiceiu se asociază în modul cel mai favorabil, ele se complectează una pe alta din punct de vedere mecanic, anatomic şi al acţiunii terapeutice.

Americanii în aparatoterapia lor au fost conduşi mai mult de aceste două din urmă principii, adică de descărcare şi extensie nu au dat importanţă mare fixării absolute, ei au stabilit principiul cunoscut „Motion without friction“ (mişcare fără frecare) adică articulaţia să se poată mişcà, dar suprafeţele articulare să nu se frece între ele. Practica însă a arătat că pe distracţiune nu putem comptà mult şi mai mult fixării se datoreşte efectul bine făcător, însă pentru ca acest efect să fie mai mare noi asociem cele trei principii în aparatele portative, ceea ce e foarte lesne să o facem, dând primul loc fixării, căci fără ea nu putem face pe celelalte.

S'a zis însă, că în aparatele portative nu se poate realizà o fixare absolută. In adevăr, în aparatele vechi şi în cele Americane nu se poate face aceasta absolut, căci acì fixarea se face mai mult prin extensie decât prin alte mijloace, dar în aparatele sistem german aceasta o putem realizà perfect.

Mulţi cred şi eu chiar am avut ocazia să mă conving în experienţa mea personală că o fixare absolută, matematică ca să zic aşà, nu se poate aveà decât în un aparat de gips exact modelat pe corp fără vată dedesubt, dar aceasta nu e uşor, pentru aceasta se cere un exerciţiu lung, trebue să fi făcut zecimi şi sutimi de aparate chiar; pe când în aparatele **Hessing** această fixare nu numai că o putem face, dar pot să zic e mai uşoară, căci mai întâiu întreg aparatul e făcut după modelul exact al părţii bolnave, apoi, înainte de a-l terminà, îl încercăm, îl modificăm şi astfel îl putem face să se adapteze perfect, pe când la aparatele de gips de multe ori nu ştim, nu putem controlà fixarea şi nu putem îndreptà greşala decât făcând un nou aparat.

De altfel aparatele de gips, cari în parte sunt bazate tot pe aceleaşi principii ca şi celelalte, nu le putem comparà cu ele, căci fiecare din aceste două categorii au aplicaţiunile şi indicaţiunile lor după caz, după bolnav şi rare ori, când împrejurările materiale ne silesc, înlocuim unele prin altele în cazurile posibile, în limitele principiilor fundamentale ale aparatoterapiei.

Fixarea în aparate ortopedice portative e indicată în diferite afecţiuni ale articulaţiunilor, în fracturi, în luxaţii şi pseudartroze, artrite de diferite naturi, etc. Rolul cel mai mare îl joacă însă aparatoterapia în tratamentul ambulant al tuberculozei articulare. Asupra avantagiilor şi rezultatelor ce dă acest fel de tratament s'a scris atâta încât nu mai e nevoe ca să insist eu aci. Este ştiut că pe lângă tratamentul local, în tuberculoză rolul cel mai mare îl joacă tratamentul general fizic şi moral şi nu cred să existe un chirurg care văzând şi fiind convins de modul cum putem realizà în aparatele moderne principiile de mai sus cari sunt bazele tratamentului local al tuberculozei articulare, să mai vrea să mai ţie pe bolnav fixat în pat spre a face o imobilizare mai puţin suficientă ca acea în aparate şi a sustrage pe copii dela aer şi dela viaţa zilnică.

Asupra modului cum lucrează fixarea am vorbit dejà mai sus, el e foarte simplu şi cunoscut de toţi. Ori ce articulaţie ca şi ori ce organ bolnav, trebue pus în primul rând în repaus, în o poziţie bună. Acest lucru ne învaţă însăşi natura care, prin mijloacele ei anatomice imobilizează articulaţia bolnavă; asupra acţiunii descărcării avem dovadă deosebirea mare între tuberculoza articulaţiunilor membrului superior şi a celorlalte părţi ale corpului. Noi prin aparatele noastre deci căutăm să facem această fixare şi în acelaş timp să permitem bolnavului să meargă.

Redresarea. Redresarea are de scop de a aduce la o poziţie normală sau la poziţia cea mai bună pentru funcţiune o articulaţie, un os oarecare sau o porţiune întreagă din schelet cum e coloana vertebrală, care e dislocată sau deviată în mod anormal.

Această redresare, așà după cum se face în aparatele ortopedice portative, trebue să lucreze în mod continuu și gradat asupra părților dislocate sau deviate fără să supere, fără dureri fără derangeri mari, brusce ci în mod încet prin destinderea părților contractate sau retractate prin o presiune sau tracțiune asupra oaselor, cari sunt susceptibile de a se îndreptà, fie că sunt mai moi, fie că partea de redresat este formată din mai multe articulații, cum e piciorul, cari permit redresarea.

Redresarea în aparate nu are de bază numai acestea, ci trebue să permită mersul în tot timpul tratamentului. De obiceiu diformitățile acestea pe lângă redresare cer și alte condiții de tratament, cer să tratăm cauza, care le produce nu numai efectul, care e deviația și din acest punct de vedere redresarea în aparate împlinește toate condițiunile. Redresarea în aparate portative e cu atât mai prețioasă cu cât uneori ea cere mult timp când facem un tratament nesângerând până să se producă modificări în structură și forma oaselor ce redresăm și în acest timp nu suntem siliți să ținem pe bolnav în pat ci îl lăsăm să umble și mai mult, mersul, mișcarea, încărcarea articulației contribue uneori la aceste transformări.

Mijloacele prin care obținem redresarea sunt aparate foarte diferite, uneori simple alte ori foarte complicate, cari au ca bază fundamentală un schelet de fixare și apoi diferite articulații și mecanisme adăogate la el. In privința bazelor fundamentale de obiceiu la aparatele de redresare sunt aceleași ca și la aparatele de fixare. Ele sunt formate din teci și tutori metalici cu aceleași puncte de sprijin sau de fixare și sunt unite prin articulații în jurul cărora de obiceiu se produce mișcare de redresare sau sunt prevăzute cu părți fixe solide mai ales pentru oasele lungi către cari e atrasă sau împinsă partea de redresat. Aci însă uneori întâmpinăm dificultăți, căci partea mecanică fundamentală a aparatului trebue să fie făcută astfel ca să nu sufere membrul când își schimbă poziția, deci ea trebue făcută astfel ca aparatul să se adapteze pentru toate pozițiunile.

Aparatul trebue să fie solid, bine fixat pe punctele de sprijin ale corpului, căci aci, pe lângă că el de multe ori trebue să servească la fixarea unei articulații bolnave spre exemplu, în tot timpul afară de momentele de redresare, dar el dă punctele de prindere ale diferitelor mecanisme sau forţe, cari execută redresarea.

In privinţa acestor mecanisme de redresare dacă m'aşi opri ar fi mult de zis, dar faptul principal este că ele lucrează prin tracţiune sau impulsiune, cari pot fi continui sau intermitente. Mijloacele materiale prin cari se execută tracţiunea şi impulsiunea sunt diferite, dar azi mai la toate aparatele moderne se execută de mecanisme elastice cum e o bandă de gumă sau o lamă flexibilă de metal, când e vorba de o acţiune continuă, pentru ca să o facem mai suportabilă. De multe ori asociem tracţiunea cu impulsiunea. Redresarea o putem face şi prin forţe solide nu elastice, prin diferite mecanisme aşezate la nivelul articulaţiei de redresat, care exercită o acţiune continuă sau intermitentă. Aceste mecanisme uneori sunt de mare folos căci ele determină direcţiunea în care trebue să se mişte oasele deviate, ce voim să redresăm. La aplicarea acestor mecanisme deci trebue să ţinem seama de mişcările normale ale articulaţiilor şi de modificările patologice produse în schelet, cari influenţează aceste mişcări.

In redresare mai avem încă un factor adjuvant de mare valoare care este *extensiunea.*

Extensia. Pe când în aparatele stabile, fixe aceasta este singura forţă de redresare, aci în aparatele portative o aplicăm când e nevoe căci şi ea lucrează, dar e mai greu căci de obiceiu avem a face cu deviaţiuni în diferite direcţiuni asupra cărora trebue să lucreze mai multe forţe. Sunt împrejurări însă cum e uneori la coloana vertebrală, unde extensia ocupă un bun loc în redresare.

Extensia aplicată în aparate dacă e făcută prin mijloace rigide e greu suportată, de aceea şi această forţă se exercită de obiceiu prin mijloace elastice, cari sunt mai bine suportate de bolnav.

Redresarea în aparate portative nu are alte inconveniente decât că este foarte greu de construit asemenea aparate şi uneori e foarte costisitoare în aparenţă, dar dacă o comparăm cu celelalte mijloace de tratament din punct de vedere material şi din punct de vedere al pericolelor, ea e cea mai puţin costisitoare. Nu avem trebuinţă de anestezie nici de operaţii. Apoi sunt cazuri unde ea lucrează şi cuţitul nu poate lucrà cum e de ex. în scolioze.

Redresarea în aparate îşi are indicaţiile sale în multe afecţiuni articulare, cari produc diferite atitudini viţioase, în anchilozele fibroase etc. Intre acestea sunt tuberculoza articulară în primul rând, reumatismul şi toate maladiile infecţioase, cari determină inflamaţii articulare. In deviaţiile patologice ale coloanei vertebrale sau ale membrelor prin alteraţii osoase sau musculare cum e torticolis, scoliozele, genuchiul valg, var, picioarele strâmbe etc. şi mai sunt unele cazuri de dislocări articulare, cari iar se pot tratà prin aparatele de redresare.

Felul redresării însă depinde de bolnav şi de metoada de tratament, care e indicată după natura maladiei ce a produs-o.

Dacă bolnavul are mijloace pentru tratament, dacă mai departe putem continuà tratamentul afecţiunii tot prin aparate, atunci o putem face. Dacă însă bolnavul nu are mijloace cum e în clientelă de spitale, atunci putem face redresarea prin alte mijloace ca redresarea sub cloroform sau prin diferite mijloace operatorii, apoi ne servim de un simplu bandaj de gips la fixare. Uneori o putem face chiar în aparate de gips prin aceea că redresăm scheletul în aparat prin diferite procedee manuale.

Nu trebue să uităm însă în consideraţiile noastre că de cele mai multe ori, după o redresare, fie sub cloroform fie prin o operaţie, tot trebue să urmeze un aparat, care trebue purtat mult timp fie pentru a împedicà o recidivă, fie pentru a fixà partea redresată până la vindecarea procesului, deci în aceste cazuri putem construì aparate, cari să împlineaacă toate scopurile dela început.

Redresarea în aparate lucrează, după cum am zis, încet, în mod continuu sau intermitent, ea caută să aducă la poziţia dorită părţile deviate fără a produce deranjeri nici dureri în oasele distruse sau bolnave. Ea întinde încetul cu încetul părţile retractate moi, cari cedează fără a se rupe. Ea nu expune la nici un accident. Se înţelege însă că ea nu poate să fie aplicată decât acolo unde deviaţiile sunt condiţionate de părţi moi iar nu în anchiloze osoase şi în redresarea părţilor osoase, cari fie prin structura lor, cum e la copii, fie prin poziţia lor, cum e coloana vertebrală, pot permite o redresare, o aducere la o poziţie mai bună în care poziţie apoi trebue să lăsăm să funcţioneze membrul mult timp până ce se vor produce modificările definitive de formă şi structură conform cu noua atitudine.

Proteza. — Proteza are de scop de a înlocuì un membru întreg sau o parte a lui care lipseşte, ori de a înlocuì diferiţi muşchi paralizaţi ori un întreg grup de muşchi ori o articulaţie alterată şi care nu funcţionează normal sau în fine de a susţine şi permite funcţionarea unui membru întreg complect paralizat.

Avem deci două mari grupe de aparate protetice:

1) Acelea, cari înlocuesc organe, cari lipsesc cu totul şi sunt destinate să funcţioneze în locul lor pe cât e posibil de bine şi 2) altele, cari sunt destinate să înlocuiască sau să susţină numai organe, cari există dar cari sunt patologiceşte alterate şi nu pot funcţionà.

In cazul d'intâiu intră membrele artificiale.

Azi sunt foarte multe modele cu mecanisme stabilite pentru a înlocuì întregi membre sau părţi ale lor; condiţiunile principale însă ce se cer de la ele sunt o bună fixare a protezei pe corp fără să supere bontul şi să îndeplinească funcţiunea într'un mod cât se poate de normal.

Proteza s'a folosit şi ea de principiile aparatoterapiei moderne, ea a luat de la aparatele ortopedice noui diferitele mijloace de fixare, cari se aplică mai exact pe corp sunt mai uşoare şi mai sigure ca cele vechi şi permit chiar descărcarea părţilor dureroase de ori ce apăsare pe ele.

Al doilea grup de aparate protetice este cel mai interesant pentru medic.

In grupul d'intâiu partea principală şi grea erà fixarea pe corp, căci restul aparatului funcţionează în mod mecanic, pe când în al doilea grup aparatul îmbracă un membru, care are toate elementele anatomice dar nu funcţionează şi el trebue să-i dea mişcări cât se poate de apropiate de cele normale. Aşa dar aci avem de considerat *mişcările articulaţiilor* şi condiţiunile, în cari se poate face ele în aparatele protetice, *înlocuirea* diferitelor grupuri musculare şi apoi *susţinerea sau fixarea* membrului paralizat.

Scopul ideal al protezei ar fi ca prin aparatele noastre să permitem unui membru alterat o funcţiune cât se poate de normală sau cel puţin ca pacientul să se poată mişcà singur fără alte ajutoare cum sunt cârjile, cărucioarele, scaunele etc.. când el e paralizat sau are un număr mare de articulaţii bolnave şi să împedicăm de a se produce diformităţi consecutive.

Pentru a permite mişcarea, avem trebuinţă de un schelet exterior solid bine fixat pe corp, uşor, care să nu geneze mişcările mai ales la copii; trebue să avem în vedere că aceste aparate vor fi purtate mult timp deci nu trebue să uităm soliditatea aparatului şi a materialului din care e făcut.

Ele trebuesc să fie prevăzute cu articulaţii, care să corespundă ca formă şi poziţie, pe cât mecanica permite, cu cele normale. Dacă o parte din membru e scurtată atunci o egalăm mai întâiu, sau dacă e deviată o redresăm şi după ce am adus-o la o poziţie normală, apoi facem proteza definitivă.

La mişcare vine o chestiune importantă pentru funcţiune şi pentru partea materială a bolnavului. Medicul trebue să-şi deà seamă dacă ocupaţia pacientului şi membrul bolnav sunt potrivite pentru o proteză cu mişcări sau una fără articulaţii, simplă, care să servească la susţinere.

Cele d'întâiu sunt cele mai bune şi sunt de preferat chiar când articulaţia nu funcţionează de loc singură, căci bolnavul nu numai că trebue să meargă cu aparatul, în care timp trebue să aibă oarecare elasticitate în mişcări, dar el trebue să şează şi atunci nu este comod cu un membru inferior sau superior intins, fix, de aceea avem diferite mecanisme cari ne permit să fixăm o articulaţie în ori ce poziţie sau să-i permitem şi oare cari mişcări.

Când un grup de muşchi e paralizat, atunci avem la îndemână diferite mecanisme elastice, cari îl pot înlocuì şi care dacă nu funcţionează în mod activ ajută la funcţiune în mod pasiv, aceste mijloace de înlocuire a muşchilor le fixăm pe aparat în locurile şi direcţiunea în cari sunt aşezaţi şi înseraţi muşchii.

O chestiune, care acum este la ordinea zilei, este înlocuirea funcţională a muşchilor paralizaţi prin transplantarea altor muşchi sănătoşi pe ei.

Ori cât de perfect ar fi aparatul tot e mai bine când cinevà se poate lipsì de el, de aceea în cazuri de paralizii trebue să ne gândim şi la celelalte mijloace de tratament, cari trebuesc urmate iar aparatul să servească la mişcare şi de a împedică producerea de diformităţi până la revenirea muşchilor la starea lor normală cum e în cazuri de paralizie infantilă, iar în cazul când nu avem nici o speranţă, atunci ne gândim la intervenţiile chirurgicale asupra muşchilor şi tendoanelor sau chiar asupra oaselor.

In cazuri când numai câţivà muşchi sunt paralizaţi şi ei se pot înlocuì în mod avantagios şi sigur prin alţii, atunci trebue să facem aceasta pentru ca să scutim pe pacient de a purtà un aparat în intreaga lui viaţă.

La persoane fără mijloace s'a făcut şi se fac artrodeze mai ales la genuchi şi picior pentru a obţine un membru solid, dar pe lângă că unele nu prea reuşesc altele lasă în urmă scurtări sau diformităţi pentru cari mai târziu iar trebue să recurgem la aparate, de aceea trebue să avem indicaţii precise şi ori de câte ori credem că după intervenţia noastră pacientul nu are destulă siguranţă de a se scăpà de aparat, atunci mai bine îl lăsăm dela început cu el.

Protezele deci în marea majoritate a lor nu au un scop terapeutic propriu zis, ci ele sunt mijloace mecanice paliative de înlocuire sau pentru înlesnirea mişcărilor, ori de simplă susţinere şi în alte cazuri ele sunt destinate să secundeze celelalte mijloace de vindecare până ce ele îşi fac efectul lor.

Aparatele protetice sunt aşà de numeroase încât mai pentru fiecare parte a membrelor şi pentru trunchiu avem aparate de înlocuire; pentru fiecare articulaţie sau grup de articulaţii avem proteze de susţinere şi mişcare.

Cea mai mare parte a cazurilor unde sunt indicate aceste aparate însă le dă paralizia infantilă, maladia lui Little, diferite paralizii centrale sau periferice, diferite afecţiuni articulare ca artritele tabetice, artritele diformante, leziuni osoase ca fracturi, luxaţii etc.

După ce am studiat principiile, pe cari este bazată acţiunea terapeutică a aparatelor ortopedice moderne şi a condiţiilor, în cari ele pot fi aduse la îndeplinire în practică, trebue să adaug câteva cuvinte asupra unei obiecţiuni, care se face de mulţi medici aparatoterapiei ambulante în general.

Mi s'a întâmplat să aud adeseaori, mai ales la noi în ţară condamnând aparatele ortopedice, că ele atrofiază muşchii. Am văzut diformităţi lăsate să se desvolte până la cel mai înalt grad, fără să se fi întrebuinţat vreun mijloc de împedicare, pentru motivul că medicul a spus că se atrofiază muşchii. Ori, arătând principiile medicale ale aparatalor ortopedice şi întru câtvà foloasele, ce le pot aduce ele, lucrarea mea ar fi incomplectă dacă aşi trece peste această obiecţiune nedreaptă ce se face aparatoterapiei, într'un mod inconştient sau intenţionat.

Ori cine ştie că un organ sau un membru, care nu funcţionează se atrofiază şi tot asemenea muşchii paralizaţi se atrofiază căci ei nu pot funcţionà.

Deci, ori care ar fi felul de tratamentul cu aparate în diferitele afecţiuni, pe cari le-am indicat mai sus, dacă el exclude muşchii dela funcţiunea lor, este natural că are să se producă în ei oarecare atrofie sau slăbiciune.

Nu se raţionează însă de toţi astfel, ci unii spre ex:, ca să mă refer la *aparatele de fixare*, zic că tratamentul tuberculozei articulare în pat, prin extensie, nu produce atrofie, pe când în aparate muşchii se atrofiază.

Aceasta este o simplă aserţiune a cărei exactitate reală nici cei cari o susţin nu au controlat-o vreodată. Eu unul am văzut copii atinşi de coxalgii, trataţi ani de zile nemişcaţi în pat, cari nu aveau o musculatură mai bună ca a celor cari sunt trataţi în aparate ambulant. Dar chiar dacă aparatele ar slăbì întru câtva musculatura, aceasta ar fi o cauză ca să înlăturăm acest preţios mijloc de tratament cu ajutorul căruia putem da aer şi veselie copiilor, cari sunt mult mai preţioase pentru vindecare decât câţiva centimetri de musculatură mai mult, pe care o putem căpătà foarte repede şi lesne după vindecarea procesului local?!

Oare dacă, după reducerea unei luxaţii congenitale coxofemorală, când copilul trebue să steà 3—4 luni într'un bandaj strâns, se poate produce o atrofie însemnată a muşchilor, trebuea ca acest inconvenient să ne facă să renunţăm la repunerea luxaţiei şi să ne gândim la atrofia muşchilor, pe care o putem reparà repede prin masagiu şi gimnastică?

Oare în tratamentul coxalgiilor astăzi nu toţi chirurgii întrebuinţează aparate de fixare de gips şi cu atât mai mult putem întrebuinţà şi pe cele amovibile, cari au indicaţiunile lor speciale şi cari ne permit şi îngrijirea musculaturei.

Dintre *aparatele de redresare şi susţinere* în acelaş timp, întrebuinţarea corsetelor în scolioze a fost atacată şi criticată de unii pe motivul că ar slăbì musculatura.

Negreşit că muşchii îşi au rolul lor principal atât la producerea unei scolioze cât şi la îndreptarea ei; musculatura trebue îngrijită în primul rând, când ne ocupăm de tratamentul unei scolioze.

Dar câte scolioze putem tratà noi în institute, unde copilul e supus în continuu ani întregi zi şi noapte celorlalte mijloace de tratament? Marea majoritate a scoliozelor în toată lumea este tratată intermitent prin masaj, gimnastică, redresări etc., o oră sau două pe zi, uneori 2—3 ore pe săptămână. Oare aceasta este destul pentru a vindecà sau chiar de a face să nu progreseze o scolioză gravă; oare ceace a căpătat bolnavul astăzi nu pierde până mâine sau poimâne?

Negreşit că tratamentul scoliozelor se face pe anume principii ştiinţifice, nu numai cu corsetul, dar şi acesta are un rol principal, de care nu ne putem dispensà pe motivul că slăbeşte muşchii, cu atât mai mult, că el fiind bine făcut şi întrebuinţat raţional nu poate slăbì muşchii. Dacă nu vom şti când şi cum să întrebuinţăm un corset în scolioză, toate celelalte tratamente pot fi zadarnice. Apoi în marea majoritate a cazurilor, unde nu putem face alt serviciu bolnavului din cauza condiţiunilor, în care se găseşte, atunci el ni-o cere, şi noi trebue să preferăm un trunchiu cu muşchi mai slabi, îmbrăcat cu un corset, care îl arată drept proporţionat, unui trunchiu cu muşchi voluminoşi dar deviat.

Să trec la al treilea grup de aparate, la *proteze* cari sunt indicate în cazuri de paralizii şi cari sunt asvârlite de unii ca ceva dezastros. Dar a văzut cineva un copil atins de paralizie infantilă, care nu a purtat aparate şi să fi avut o musculatură voluminoasă? S'a făcut vreodată cercetări exacte să se vadă întru cât aparatele slăbesc muschii mai mult?

Care este rezultatul neîntrebuinţării aparatelor?: atrofia şi în plus o diformitate. Eu aşi puteà spune cu toată convingerea chiar, că în paraliziile infantile, cari sunt tratate într'un mod raţional cu celelalte mijloace fizice şi cu aparate, muşchii îşi păstrează mai mult din volumul lor şi membrele atinse au şi forma normală.

De curând am căutat un copil atins de paralizie infantilă, care între altele aveà întregul grup al aductorilor dela coapsa stângă prins, din care cauză copilul nu puteà sta în picioare. Basinul erà înclinat într'o parte, alte grupuri musculare erau retractate chiar. Pentru ca să pot aduce membrul la o poziţie bună, l'am redresat şi am aplicat un bandaj de gips asupra coapsei şi basinului, cu care copilul a mers o lună de zile. Când am desfăcut bandajul, am văzut că copilul se ţineà în picioare singur şi mai mult, aductorii, cari nu funcţionau de loc se contractau puţin şi nu lăsà coapsa să devieze în afară. Cum se explică aceasta? S'a petrecut un fenomen cunoscut specialiştilor. Muşchii au fost distinşi peste măsură în timpul cât au fost paralizaţi căci copilul a umblat târât de mâni fără aparat; când ei au început să-şi recapete contractilitatea, dimensiunile lor fiind prea mari şi curentul nervos prea slab ei nu puteau să se contracte. In bandajul meu eu i-am adus la dimensiunile normale şi mai mici chiar, căci am pus coapsa în aducţiune forţată, muşchii s'au retractat curentul nervos a avut un efect mai mare şi contracţiunea s'a produs mai lesne. De multe ori în asemenea împrejurări trebue să rezecăm o parte din tendonul unui muşchiu paralizat şi distins pentru a-i da dimensiunile normale ca lungime şi atunci tratamentul electric e mai eficace şi el şi recapătă contractilitatea. Şi, la acest copil zic, cea mai mare parte dintre medici, cari l'au căutat au recomandat în special să nu-i facă maşini, căci atunci nu are să meargă nici odată şi cu un simplu bandaj de gips a mers şi apoi a început să meargă fără el.

De altfel, în principiile aparatoterapiei moderne am văzut că şi acest lucru se are în vedere.

Aparatele vechi erau fixate pe corp prin brăţări cari se strângeau mai ales pe părţile moi musculare pe cari se fixau şi produceau atrofii locale şi turburări în circulaţie, dar cele moderne îşi iau puncte de sprijin mai ales pe părţile osoase proeminente şi muşchii sunt înveliţi de teci cari nu au nevoe să apese şi să strângă, căci ele învelesc o suprafaţă mare, deci nu aduc nici un inconvenient musculaturii. Apoi ele putând fi scoase de pe corp ori când, se pot da îngrijirile necesare şi musculaturii dacă e nevoe.

Rezultatele aparatoterapiei moderne depind de modul după cum sunt construite aparatele şi mai mult de indicaţiunile lor

Un medicament poate vindeca o boală, dacă ştim când şi cum să-l întrebuinţăm, sau el poate otrăvi pe bolnav dacă nu e bun şi rău întrebuinţat. Aceasta se aplică şi la aparatoterapie. De aceea am zis dela început că chirurgul ortoped nu trebue să fie un bandagist numai, ci un bun chirurg cu calităţi speciale să aibă indicaţiuni precise, să cunoască toate metoadele de tratament, căci numai pe calea aceasta se obţin rezultate bune.

MEDICINA PRACTICA

Dr. Grigore Jacobson
Fost intern al spitalelor din Paris,
Docent de clinică infantilă la Facultatea din Bucureşti

DESPRE
PICĂTOARELE OFICINALE

Deşi am scris deja despre acest subiect în jurnalul *Presse médicale* (No. 62, 5 Aug. 1905) cred că fac operă utilă repetând în această revistă rezultatele cercetărilor mele, de oarece e în joc o chestie eminamente practică, care merită de a fi cunoscută de toţi.

Administrarea medicamentelor în picături oferă multe neajunsuri, şi e probabil că din cauza aceasta în unele farmacopee străine nu e admis acest mod de administrare.

In codexul francez din 1884 există o tabelă arătând pentru fiecare medicament lichid numărul de picături trebuincios pentru a cântări *un gram*. Codexul specifică (p. 4) că numărătorile din această tabelă au fost efectuate cu un picător anume (compte-gouttes normal) „constând într'un tub de sticlă prelun-„git printr'un tub capilar a cărui diametru exterior trebue să „măsoare exact 3 milimetri . . . . . Instrumentul se consideră „bine regulat când la temperatura de + 15°, 20 de picături de „apă distilată cântăresc un gram cu o aproximaţie de 0 gr. 02 „centigr. (1)“

---

(1) Intr'un articol interesant (Journal de Pharmacie et de Chimie, 1903, p. 461 şi 508) d-l P. Yvon, în vederea viitorului codex francez, studiază condi-

In farmacopea română se găseşte o tabelă, (Tab. II, p. 499) care nu este decât o copie după tabela codexului francez. Dar nu-mi pot explicà pentru ce autorii farmacopeei noastre au omis de a reproduce descripţiunea *picătorului normal*, astfel că mulţi elevi farmacişti şi chiar unii farmacişti ignorează cu desăvârşire picătorul normal (¹).

Dealmintrelea în punctul de vedere a executării prescripţiunilor medicale în picături, lucrurile se petrec la fel în străinătate ca şi în Bucureşti. *Mai toate* picătoarele vândute în farmacii sunt foarte neexacte şi când farmacistul însuşi are de numărat picături, el se serveşte *de obiceiu* de procedeul *„dopului“* care constă a turnà picăturile direct din sticla, care conţine soluţia, astupând în parte orificiul cu dopul pentru a evità o scurgere prea rapidă.

De sigur că nimenea n'a crezut vreodată, că picătoarele oficinale sunt instrumente de precizie, dar am putut să mă conving că cea mai mare parte din confraţii noştri ignorează până la ce grad excesiv aceste picătoare sunt neexacte. De aceea cred că aduc un serviciu publicând rezultatele, ce le-am obţinut practicând numărătoare de picături cu o serie de picătoare cumpărate unele în Bucureşti, altele în Paris. Voiu arătà pe urmă

ţiunile de construcţie a unui picător *riguros normal* şi ajunge la următoarele concluzii:

1) Iuţeala de cădere a picăturilor scade în acelaş timp cu presiunea şi creşte împreună cu dânsa.

2) Greutatea picăturilor *scade* pe măsură ce presiunea creşte şi invers.

3) Greutatea picăturilor scade odată cu *diametrul exterior* al tubului de scurgere.

4) Greutatea picăturilor *creşte* pe măsură ce *diametrul interior* al tubului de scurgere *se micşorează*.

D-l Yvon arată pe urmă cari sunt dimensiunile şi forma cari trebuesc date unui picător pentru că acesta să fie riguros normal adică să pice exact XX de picături la un gram de apă distilată.

(¹) Şi în privinţa tabelei II e de semnalat o importantă cauză de eroare: pe când această tabelă a fost copiată din codexul francez, modul de preparaţie a unor medicamente diferă în farmacopeea noastră de indicaţiunile date în cea franceză: de exemplu majoritatea tincturelor alcoolice uzuale se prepară după codexul francez cu alcool la 60°, pe când în farmacopea noastră se prescrie alcool la 70°. E prin urmare imposibil cá tincturele preparate după aceste 2 formule să dea acelaş număr de picături la gram (53).

că cu o oarecare bunăvoință a fabricanților de sticlărie, s'ar puteà obține un picător suficient de exact pentru practica zilnică.

* * *

Toată lumea știe că 20 de picături de apă distilată cântăresc 1 gram și ca tincturele alcoolice dau în genere 53 până la 57 picături la un gram. Prin urmare când un medic ordonă de pildă 20 de picături din licuoarea lui Fowler, soluție apoasă, intenția lui este de a ordonà aproximativ un gram din această soluție, și când prescrie de pildă 50 de picături de tinctură de digitală în gândul lui această doză echivalează aproximativ cu un gram. Să vedem acum cum se transformă aceste ordonanțe cu picătoarele oficinale (¹).

a) *Din 19 sticle compte gouttes* cumpărate la Paris:

1 (No. 19) pica între 20 și 21 pic. la gram
1 „ „ „ 19 „ 20 „
1 „ „ „ 18 „ 19 „
2 „ „ „ 15 „ 16 „
3 „ „ „ 13 „ 14 „
2 „ „ „ 12 „ 13 „
6 „ „ „ 11 „ 12 „
3 „ „ „ 10 „ 11 „

b) *Din 9 sticle compte gouttes de fabricație germană, cumpărate în București:*

1 (No. 23) pica între 15 și 16 pic. la gram.
3 „ „ „ 13 „ 14 „
3 „ „ „ 12 „ 13 „
2 „ „ „ 11 „ 12 „

Astfel că din 28 de sticle picătoare, numai 2 se apropiau de

(¹) Am verificat 28 sticle picătoare și 36 picătoare cu tub de cauciuc cumpărate fără a alege în diferite farmacii din București sau din Paris.

Cercetările mele au fost făcute cu o balanță *de precizie* la Temp. 15° și Pres. 760. M'am servit de apă distilată din oficina d-lui farmacist Altân. După fiecare verificare, flaconul de sticlă, în care picau picăturele erà spălat în alcool și ether și uscat pe sobă până la dispariția *complectă* a vapoarelor etherate.

Rog pe d-l farmacist Altân, care a bine voit a pune la dispozițiunea mea laboratorul d-sale și care mi-a ajutat în cântăriri, a primì toate mulțumirile mele.

picătorul normal, pe când 10 (din 28) picau o picătură aproape dublă de picătura normală. Cu una din aceste sticle bolnavul căruia s'ar prescrie 20 de picături de licuorea lui Fowler ar luà vre-o 40 de picături.

Mai adaog că printre aceste flacoane unul, care mi-a fost vândut ca *„compte goutte normal“* de casa Thirion (Roberge successor) din Paris, cu un preţ îndoit de preţul obişnuit, picà între 13 şi 14 pic. la gram, altul provenind din casa germană Lamprecht şi vândut cu eticheta de picător „special“, picà între 15 şi 16 picături la gram.

* * *

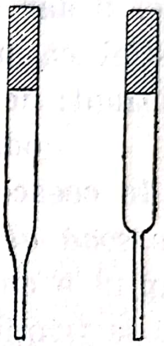


Fig. 1 şi 2

In ceea ce priveşte picătoarele cu tub de cauciuc, cele verificate de mine sunt de 2 tipuri de construcţie foarte diferită (fig. 1 şi 2).

Tipul No. 1 nu este decât o simplă pipetă subţiată la flacără. E vorba de un articol foarte ieftin. Când am făcut cercetările mele n'am putut găsì în diferitele farmacii din Bucureşti decât acest tip (cu o singură excepţie).

Tipul No. 2 se compune din un tub de sticlă la extremitatea căruia e *lipit* un tub capilar având un diametru uniform pe toată lungimea.

Cerând un compte-gouttes în diferite farmacii din Paris mi s'a oferit totdeauna din tipul acesta.

a) Din 20 picătoare (tip No. 2) cumpărate în Paris, în diferite farmacii:

4 picau între 23 şi 24 pic. la gram
2 " " 22 " 23 " "
2 " " 21 " 22 " "
2 " " 20 " 21 " "
6 " " 19 " 20 " "
2 " " 18 " 19 " "
2 " " 17 " 18 " "

b) Din 3 picătoare de fabricaţie germană cumpărate în Bucureşti (tip No. 2, diametru exterior 4 milimetri).

1 pica între 16 şi 17 pic. la gram.
2 picau " 17 " 18 " "

c) Din 6 picătoare din tipul No. 1 cumpărate în diferite farmacii din Capitală:

1 pica între **30** şi **31** pic. la gram.
2 picau „ 28 „ 29 „ „
2 „ „ 27 „ 28 „ „
1 pica „ 26 „ 27 „ „

d) Picătoarele anexate la unele flacoane de specialităţi străine sunt uneori foarte îngrijite ca cele anexate soluţiunii de *digitalină nativelle* (tip No. 2) cari pică (3 verificări) între 19 şi 20 (de 2 ori) sau între 20 şi 21 picături la gram.

Mai puţin perfecte sunt cele alipite de produsele *Robin* (peptonate de fer şi iodone). Aceste picătoare sunt tot din tipul No. 2 dar diametrul exterior al tubului capilar e prea mare astfel că picătura e şi dânsa prea mare. Din 3 verificări am obţinut: de 2 ori între 17 şi 18 pic. la gram.
odată „ 16 „ 17 „ „

In ceeace priveşte picătoarele anexate soluţiunii de *metarsinat de sodă al lui Clin* (tip No. 1) ele sunt cu totul deplorabile şi faptul e cu atât mai regretabil cu cât casa Clin în prospectele ce le trimite medicilor anunţă că această soluţie conţine *0,04 centigr. de metarsinat la 20 picături sau un centimetru cubic de soluţie.*

In realitate din 5 picătoare examinate:
1 pică între **34** şi **35** pic. la gram.
1 „ „ 33 „ 34 „ „
1 „ „ 32 „ 33 „ „
1 „ „ 31 „ 32 „ „
1 „ „ 29 „ 30 „ „

Astfel că bolnavul posesor al picătorului întâiu (34—35 pic. la gram) căruia medicul curant îi ordonase 20 picături nu luà de loc **0 gr. 04** de metarsinat ci **0 gr. 0228!**

* * *

Din cercetările precedente se vede cu evidenţă diferenţa enormă ce există între picătoarele din tipul No. 1 şi cele din tipul No. 2. Cele din tipul No. 1 sunt cu totul *defectuoase şi variabile.*

Din contră, cele din typul No. 2 se apropie până la un oarecare grad de picătorul normal şi s'ar puteà uşor ajunge la o preciziune şi mai mare dacă fabricanţii ar îngrijì ca să nu întrebuinţeze pentru construcţia picătoarelor decât tuburi capilare de 3 milimetri diametru exterior, şi cu o extremitate bine şlefuită.

In fine am căutat a-mi da seamă de gradul de aproximaţie în picarea picăturilor cu *dopul* (procedeu întrebuinţat zilnic în farmacii). Pentru aceea am rugat pe d-l farmacist Altân de a turnà el însuşi picăturile. S'a obţinut cu acelaş flacon de licuoare a lui Fowler:

odată: 9 picături la gram

o altădată: 11 picături la gram, şi cu flaconul de tinctură de digitală:

odată: 39 picături (în loc de vre-o 57).

odată: 41 picături (¹).

*
* *

(¹) Intr'o scrisoare publicată în Revista farmaciei (August 1905) şi destinată jurnalului *Presse médicale* (care cu drept cuvânt n'a găsit de cuviinţă ca să o publice) d-l farmacist Nicolau vice-preşedintele societăţii farmaciştilor, se plânge amar:

1) Că am scris că s'ar găsi cu greu în Bucureşti un farmacist ştiind ce e un picător normal;

2) Că am scris pe nedrept că farmaciştii din ţară şi din Franţa numără mai totdeauna picăturile cu *dopul*.

3) Că am avut pretenţia de a fi publicat o lucrare originală, pe când d-sa a scris chiar în 1892 (Progres. med. român No. 6 şi 7) un articol asupra aceluiaş subiect . . . .

In ceea ce priveşte primul reproş mă grăbesc de a face amendă onorabilă:

In ancheta mea căzusem pe o serie rea, şi dela publicarea articolului meu am găsit şi eu, cu cea mai mare plăcere *câţiva* farmacişti, cari cunoşteau picătorul normal.

In privinţa punctului al 2-a (numărarea picăturilor cu dopul) am vrut să mă conving dacă mă înşelasem şi dacă protestarea indignată a d-lui preşedinte Nicolau erà sinceră: pentru aceasta am trimis un om de încredere la farmacia d-sale, calea Rahovei, cu o ordonanţă conţinând XV picături de licuoarea lui Fowler şi XV picături de tinctură de nucă-vomică: şi unele şi altele picături au fost picate *cu dopul* şi aceasta chiar în prezenţa d-lui vice-preşedinte al societăţei farmaciştilor (ordon. cu No. 13 999, 9 Decembrie 1905, iscălită de dr. Stănculeanu şi expediată de asistentul Popescu). Cred că n'am nevoe de a adăogà comentarii.

În fine relativ la publicaţia anterioară, la care face aluzie d-l Nicolau, n'am citat-o pentru că nu o cunoşteam dar adaog că acest articol erà cu totul ignorat chiar de confraţii d-lui Nicolau la cari m'am adresat cerându-le indicaţii bibliografice. Nici odată n'am avut pretenţia de a fi arătat cel d'întâi

Din cele ce preced se poate vedeà că doza medicamentelor în picături ce o iea bolnavul depinde azi de farmacia unde a a fost cumpărat picătorul!

Pentru a remedià pe cât se poate la această stare de lucruri se poate emite următoarele dorinţe:

1) Ca d-nii farmacişti să renunţe cu desăvârşire a întrebuinţà procedeul *dopului*, şi să aibă anexat la fiecare flacon conţinând soluţii toxice un picător din typul No. 2, bine verificat.

2) Ca d-nii famacişti să ţină la dispoziţia bolnavilor picătoare *verificate* pentru picarea medicamentelor de us intern.

3) Ca d-nii fabricanţi să intrebuinţeze pentru fabricarea picătoarelor numai tuburi capilare având 3 millim. de diametru exterior şi ca picătoarele să aibă vârful lor bine şlefuit.

4) Ca să se renunţe definitiv la întrebuinţarea picătoarelor din tipul No. 1.

5) Ca *sticlele picătoare, cari se găsesc astăzi în comerciu să nu se întrebuinţeze nici odată de medici când e vorba de a administrà medicamente toxice, şi mai cu seamă la copii.*

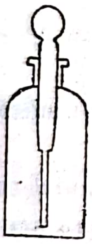


Fig. 3

Nu ştiu dacă tipul obişnuit de picătoare s'ar puteà modificà astfel ca să deà un număr de picături aproximativ normal. Dar se poate adoptà un alt tip. Farmaciştii francezi au propus un mare număr de modele. Unul din cele mai bune e picătorul întrebuinţat în laboratorii reprodus alături (fig. 3). E însă foarte important ca tubul capilar să nu fie subţiat la flacără ci lipit de rezervoriu.

*
* *

---

că picătoarele oficinale sunt neexacte lucru cunoscut de toată lumea chiar înaintea publicărei operei magistrale a d-lui Nicolhau. Articolul meu n'aveà alt scop decât de a modificà o stare de lucruri deplorabilă şi pentru aceasta de a prezentà confraţilor mei şi d-lor farmacişti o serie de verificări sistematice şi precise pe un mare număr de picătoare. Am fost foarte fericit de a constatà, în urmă că mai mulţi farmacişti din Capitală (Thoiss, Brus, Altân Vasiliu şi alţi), ţinând seamă de articolul meu şi au procurat picătoare bune, şi că unii au renunţat la picarea medicamentelor cu dopul. E cu totul regretabil că d-l vice preşedinte al societăţei farmaciştilor, deşi cunoscând chiar din anul 1892 neexactitudinea picătoarelor şi procedeului *cu dopul* a continuat timp de 13 ani şi *până astăzi* a debità în oficină d-sale picătoare defectuoase şi a se servì pentru numărarea gutelor din soluţii toxice de un *procedeu, care dă erori dela simplu la triplu.*

Deocamdată ceea ce e de reţinut din acest studiu, e că flaconul picător oficinal e un instrument primejdios, că picătorul cu cauciuc din tipul No. 1 e cu totul variabil şi neexact şi că singurul picător aproximativ exact e picătorul din tipul No. 2 având vreo 3 millim. de diametru exterior: medicii trebue să se servească numai de acest picător pentru administrarea soluţiunilor toxice.

REVISTE ANUALE

Dr. C. PARHON.

REVISTA ANUALA DE NEUROLOGIE

II.

(Patologie, clinică şi terapeutică).

In numărul 6 al revistei am făcut o scurtă dare de seamă asupra lucrărilor făcute pe terenul istologiei şi anatomiei microscopice, normală şi patologică a sistemului nervos. Rămâne să ne ocupăm în aceasta a doua parte a revistei anuale de neurologie, cu lucrările făcute pe terenul clinicei şi patologiei şi pe acela al terapeuticei în acelaş domeniu.

Aş fi dorit ca partea rezervată terapeuticei să fie cea mai mare, căci scopul suprem al medicinii e de a vindecà.

Din nenorocire, progresele realizate pe acest teren, mai cu seamă când e vorba de sistemul nervos, sunt destul de lente. De aceea dorinţa mea n'a putut fi realizată. Mi s'a părut inutil să insist asupra unor medicamente noui introduse în terapeutică, într'un mod mai mult sau mai puţin empiric şi a căror valoare nu se ridică în mod evident deasupra congenerelor lor mai de mult cunoscute. Am preferat să ating mai cu seamă unele tratamente de ordine fizioterapică şi să semnalez cercetările făcute în vederea unui tratament seroterapic al epilepsiei şi acelea mai fericite pe cât se pare relative la o terapeutică specifică a maladiei lui Basedow, bazată pe patogenia acesteia.

Nu mă îndoesc că lipsuri vor existà şi în aceasta a doua parte a revistei. Ele sunt aproape inevitabile. Scopul ei va fi însă atins dacă un număr de cititori vor fi aflat din ea câteva fapte demne de cunoscut şi pe cari nu le aveau prezente în spirit.

Pentru ca lucrările, destul de variate, ce se vor găsì semnalate în această revistă să fie aşezate într'o oarecare ordine şi să fie puse pe cât va fi posibil în legătură unele cu altele, am împărţit lucrarea în mai multe paragrafe.

Unele din studiile analizate ar puteà însă figurà în mai multe din aceste paragrafe. M'am mărginit natural a le cità într'unu singur.

Semiologia sistemului nervos.

a) *Turburările sensibilităţii.*

In studiul semiologiei turburările de sensibilitate, vom notà mai cu seamă cercetările făcute asupra turburărilor sensibilităţii vibratorii. Vom cità acì o lucrare a lui Goldscheider (¹), în care autorul arată că sensibilitatea vibratorie nu aparţine numai scheletului, ci e comună tuturor ţesuturilor, însă examenul sensibilităţii cu diapasonul e util, mai cu seamă când e vorba de sensibilitatea oaselor. Minor (²) consacră o lucrare aceleiaşi chestiuni, fără să aducă fapte de un interes deosebit pentru clinică.

D-l profesor Marinescu (³) a studiat de asemenea sensibilitatea vibratorie în boalele nervoase cele mai variate. Din studiul d-sale reese însemnătatea deosebită a acestui mod de exploraţiune clinică.

O putem astfel găsì alterată în cazuri de paraplegii, în cari celelalte feluri de sensibilităţi sunt intacte. In asemenea ocaziuni e singurul criteriu, care ne permite să afirmăm participarea cordoanelor posterioare. De asemenea în unele artropatii, în care diagnosticul ar fi nesigur între o artropatie tabetică şi una de altă natură spre exemplu neoplazică, diagnosticul va puteà fi tranşat prin examenul sensibilităţii vibratorii. Aboliţiunea ei ne va face să admitem natura tabetică a artropatiei, pe care o vom exclude când sensibilitatea vibratorie e normală în regiunea incriminată.

Turburările sensibilităţii vibratorii coexistă adeseori cu acelea ale sensibilităţii termice. De aceea d-l profesor Marinescu admite că fibrele cordoanelor posterioare, însărcinate cu conducerea sensibilităţii vibratorii, sunt profund situate, fiind în vecinătatea substanţei grize. Prezenţa turburărilor de sensibilitate vibratorie în cazurile de diplegii cerebrale, unde sensibilitatea tactilă e conservată, conduc pe autor să admită un sediu cerebral diferit pentru percepţiunea uneia şi a celeilalte.

Acei, pe cari chestiunea sensibilităţii vibratoare îi interesează mai de aproape, vor consultà cu succes monografia consacrată acestei chestiuni de domnul dr. Strominger (4) în teza sa. Tot din domeniul turburărilor de sensibilitate vom cità lucrarea, pe care Strümpell (5) a consacrat-o studiului sensibilităţei la presiune. Acest autor a arătat că acest mod de sensibilitate poate să fie alterat independent de celealte modalităţi ale sensibilităţii şi că pot existà bolnavi, la cari singur sensibilitatea la presiune e alterată. De acì necesitatea de a o cercetà sistematic în clinică. Strümpell pune sensibilitatea la presiune printre sensibilităţile profunde. Alteraţiunea sa coexistă adeseori cu a aceea a simţului muscular. D-l profesor Marinescu a arătat mai în urmă frecuenţa extremă a coexitenţii turburărilor sensibilităţii vibratorii cu acelea a le sensibilităţii la presiune. Cum însă lucrarea d-sale a fost publicată în 1905, analiza ei revine revistei asupra lucrărilor pe acest an revista ce va fi făcută în cursul anului viitor.

Déjerine şi Egger (7) comunică societăţii de Neurologie din Paris două cazuri de *acroparestezie* cu turburări ale sensibilităţii obiective, având o topografie radiculară, interesând membrul superior în toată lungimea lui şi coprinzâd şi o parte din torace.

In discuţiunea ce a urmat acestei comunicări, Brissaud (8) se întreabă dacă turburări de sensibilitate având o astfel de topografie, coprizând chiar şi triunchiul, pot fi denumite acroparestezie. Uitarea semnificaţiunii etimologice a cuvântului ar aveà consecinţe cu atât mai supărătoare, cu cât există o serie întreagă de fenomene segmentare periferice localizate exact la extremităţi, şi pentru care trebue rezervat e un capitol aparte legitim numit *acropatologie*.

b) *Turburările reflexelor.*

Intr'un studiu interesant Babinski (9), acest clinician eminent se ocupă cu studiul transformaţiunii regimului reflexelor cutanate în afecţiunile sistemului piramidal. Concluziunile sale sunt următoarele:

„In afecţiunile sistemului piramidal, slăbirea sau abolirea reflexului cremasterian şi abdominal contractează e drept cu exagerarea reflexelor tendinoase, dar dacă se consideră reflexele cutanate în general şi dacă voim să exprimăm caracterul esenţial al perturbaţiunii, pe care o încearcă, nu e mai drept a zice că sunt slăbite şi în antagonism cu reflexele tendinoase decât dacă s'ar susţine că sunt exagerate ca şi reflexele tendinoase. Ceea ce se poate zice e că regimul, la care sunt supuse, încearcă o transformaţiune“.

Se ştie că acest autor a arătat că excitaţiunea plantară, care în starea normală determină flexiunea degetelor; în alteraţiunile anatomice sau funcţionale ale acestui fascicul, determină extensiunea degetelor, în special a celui mare *(semnul lui* Babinski) sau abducţiunea degetelor *(semnul evantaliului).*

D-l profesor Marinescu (10) publică două observaţiuni interesante de „paralizie flască datorită compresiunii fasciculului piramidal, fără degenerescenţa acestuia, cu semnul lui Babinski şi absenţa reflexelor tendinoase şi cutanate“. Cazurile de acest fel, în care găsim o paraplegie flască fără leziuni ale fasciculului piramidal sunt rare. Acelea ale d-lui prof. Marinescu, în cari pe lângă paraplegia flască, găsim şi semnul lui Babinski sunt primele în ştiinţă. Unul din cazuri erà datorit compresiunii fasciculului piramidal în traectul său cerebral printr'un focar de ramolisment. In celalt erà vorbà de Morbul lui Pott suboccipital.

Absenţa ori cărei leziuni a căei piramidale în aceste cazuri erà de două ori documentată. Pe de o parte prin lipsa degenerescenţii descendente, pe de alta, prin lipsa reacţiunii celulelor de origină, din zona rolandică.

Cazurile acestea dovedesc, conform opiniunii, pe care d-l profesor Marinescu, a exprimat-o dejà întro lucrare anterioară că semnul lui Babinski nu e expresiunea unei leziuni *materiale* constatabile cu actualele mijloace de investigaţie, ci o turburare de ordine funcţională.

Un alt punct interesant într'una din observaţiunile profesorului Marinecu, e absenţa reflexelor cutanate cu toată conservaţiunea sensibilităţii conştiente. Intr'o altă observaţiune citată de acest observator, există fenomenul invers adică absenţa sesibilităţii conştiente cu conservarea reflexelor cutanate, Aceasta ne arată independenţa acestor două clase de fenomene.

Intru cât priveşte natura spinală sau cerebrală a semnului lui Babinski, d-l prof. Marinescu admite pe aceasta din urmă, bazat pe absenţa reflexului în chestiune în secţiunea complectă a măduvei, pe apariţia semnului lui Babinski în cursul somnului normal şi a celui cloroformic, precum şi pe contrabalansarea, ce există între reflexul în extensie şi cel în flexiune, când excităm la acelaş bolnav şi simultaneu marginea externă şi pe cea internă a talpei piciorului. Semnul lui Babinski apare când inervaţiunea cerebrală a flexorilor dispare sau devine mai mică decât aceea a extensorilor. Dar şi inervaţiunea predominentă a extensorilor graţie cărei se produce semnul lui Babinski e tot de natură cerebrală.

Patologie şi clinică.

a) *Boalele măduvii spinării.*

Guinon şi Paris (11) au găsit în lichidul cefalerachidian al unui copil de 3 ani, atins de *paralizie infantilă*, o limfocitoză abondentă. Raymond şi Cestan, Achard şi Grenet au avut rezultate asemănătoare. In 'cazul lui Guinon şi Paris, semnul lui Kernig, dermografismul, făceau să se presupună, chiar înainte de puncţiune, o reacţiune meningee. Aceste constataţiuni arată că paralizia infantilă nu e precum s'a crezut altă dată o maladie sistematizată şi localizată exclusiv la celulele radiculare ale coarnelor anterioare. Faptul acesta e de altfel astăzi bine stabilit.

Ballet şi Rose (12) comunică un caz de *amiotrofie cu tipul* Charcot-Marie în care există o dublă atrofie a nervului optic. Autorii n'au mai putut găsi în literatura medicală decât două cazuri asemănătoare. Unul aparţine lui Vizioli, tatăl şi unul din fii prezintau pe lângă amiotrofia în chestiune o dublă nevrită optică.

Bunicul unuia din bolnavii lui Sainton prezintă de asemenea o dublă atrofie papilară.

Deşi tabesul e mai degrabă o boala generală a sistemului nervos decât o maladie proprie a măduvei spinării, vom notà tot aci cercetările clinice ale lui André Leri (13) ale cărui lucrări relative la anatomia patologică a retinei şi nervului optic în tabes, le-am semnalat în prima parte a revistei noastre anuale Acest autor se ocupà în teza sa cu chestiunea raporturilor dintre cecitate şi tabes.

In forma amaurotică a acestei maladii turburările de origină encefalică, turburări oculopupilare şi oculomotorii, turburările sensibilităţii cefalice, cefalalgii, turburările psihice sunt foarte dese. Cecitatea apare adeseori înainte de turburările spinale ale tabesului, cari pot fi abià schiţate în tabesul amaurotic. Amauroză tabetică şi tabesul vulgar sunt două localizaţiuni ale aceluiaş proces, localizaţiuni ce n'au între ele decât un raport etiologic. Dar, contrariu celor admise de unii autori, amauroză n'are o acţiune inhibitivă sau cel puţin atenuantă asupra simptomeler spinale ale tabesului.

Eugène Terrien (14) ajunge la concluziuni asemănătoare cu acelea ale lui Leri şi ale lui Pierre Marie (15) maestrul acestui din urmă, relativ la raporturile dintre cecitate şi tabes; cu alte cuvinte că „cecitatea apărută în cursul tabesului n'are totdeauna asupra acestui din urmă influenţa fericită ce i s'a atribuit". Terrien aduce o observaţiune care dovedeşte ceea ce susţine.

b) *Maladiile bulbului, proturberanţei, pedunculilor.*

Dela discripţiuuea mânei suculente dată de d-l profesor Marinescu, s'a putut descrie un picior suculent şi chiar o faţă suculentă. Un astfel de caz a fost raportat de Bonnier (16) la societatea de neurologie din Paris. E vorbà de un bolnav apucat cu 6 luni mai înainte de crìze vertiginoase, cu slăbiciuni brusce ale membrului inferior drept, cădere la dreapta, vâjiituri ale urechei, surditate, nevralgie facială, dureri vii ale ochiului şi urechei, toate simptome localizate în dreapta. Dela prima criză se observă o echimoză a ochiului drept. Crizele se repetară deseori. In urma unui ictus mai forte, apărù o paralizie a părechii a VI-a şi a VII-a cu accese de congestiuni dureroase ale feţei şi *edem cald* al acestei regiuni.

Cauza a fost după autor un ramolisment bulbar drept, ce a interesat nucleii părechilor IV-a, V-a, VI-a, VII-a şi VIII-a şi centrii vasomotori şi ai regulaţiunii termice.

„Ca la cei mai mulţi bulbari *drepţi*, nu există în acest caz nici anxietate, nici opresiune, nici turburări cardiace, nici alteraţiuni ale nutriţiunii generale aşà de constante la bulbarii stângi.“

E de sigur de cel mai mare interes să semnalăm că faţa poate prezintà turburări vazomotorii localizate în urma unei leziuni bulbare circumscrise.

Henry Meige (17) a observat de asemenea la o bolnavă atinsă de migrenă oftalmică, cu emianopsie şi afazie trecătoare, un *trofoedem* al jumătăţii feţii, o hemifaţă suculentă, după cum se exprimà autorul. Turburarea aceasta, trebue pusă, după acest autor, pe contul unei acţiuni a centrilor simpatici.

c) *Maladiile cerebelului.* Bourneville şi Crouzon au avut ocaziunea să facă examenul anatomo-patologic al unui bolnav atins de idioţie şi diplegie spasmodică. Anatomiceşte se constată o diminuţiune considerabilă a volumului cerebelului, protuberanţei, bulbului şi pedunculilor cerebeloşi în afara oricărei leziuni apreciabile a neuraxului. La congresul internaţional din 1900, autorul prezintase istoricul anatomo-clinic al fratelui acestui bolnav, istoric exact superpozabil aceluia al bolnavului din acest caz. Bourneville şi Crouzon conchid în modul următor: Suntem în drept să zicem că ne găsim în faţa unei noui forme de maladie familială a sistemului nervos, caracterizată cliniceşte prin idioţie şi diplegia spasmodică şi anatomiceşte prin agenezia cerebeloasă. Propunem pentru această afecţiune numele de *atrofia cerebeloasă familială.*

d) *Maladiile creerului.* Intr'o interesantă comunicare Profesorul Raymond (19) şi elevul său Courtellemont semnalează un caz de edem al mânei la o emiplegică. Fapt demn de notat, edemul apăruse dejà după o oră dela instalarea turburărilor motorii. Alt fapt important, bolnava aceasta aveà temperatura membrelor mai ridicată de partea paralizată, contrariu celor ce se întâmplă de obiceiu în emiplegie. Pentru interpretarea fenomenelor autorii admit o leziune capsulară interesând şi nucleii dela bază, binevoind a se raportà la cercetările ce am făcut eu însumi împreună cu amicul meu Dr. Goldstein, asupra acestei chestiuni şi care ne-au condus la concluziunea că în nucleii dela bază, mai ales în cel striat există centrii vasomotori şi că fibre vasomotrice trec prin capsula internă mai cu seamă, după cât ni s'a părut prin segmentul anterior al acestuia.

Thomas şi Chiray (²⁰) aduc o observaţiune de sindromul pe care Déjerine şi Egger au căutat de curând să-l diferenţieze sub numele de sindrom talamic. Simptomatologia acestui sindrom se rezumă astfel:

1. *Disociaţiune între turburările motilităţii şi ale sensibilităţii.* Primele după ce au fost foarte intense se reduc în mod considerabil. Din contră, turburările de sensibilitate persistă foarte intense.

Atât sensibilitea tactilă cât şi cea dureroasă şi termică sunt interesate. Sensibilitatea profundă, simţul stereognostic participă la aceste turburări. Vibraţiunile diapazonului dau o sensaţiune de arsură. Faţa, organele simţurilor pot fi atinse de această emianestezie. Cercurile lui Weber sunt mărite. Există dureri vii şi persistente de partea emianesteziei.

2. Se observà mişcări coreo-atetozice.

3. La început se pot observà turburări de micţiune. In leziunile tuberculelor quadrigemeni se observă o simptomatologie asemănătoare dar în aceste cazuri se mai adaogă turburări a musculaturei intrinsece şi extrinsece a ochilor.

Dide şi Durocher (²¹), Haskovek (²²) au adus de asemenea câte o observaţiune anatomo-clinică de sindrom talamic observaţiuni, ce se suprapun în punctele lor principale precedentei. Nu vom insistà mai mult. Turburări analoage din partea sensibilităţii se mai pot observà în leziunile calotei protuberanţiale dar în aceste cazuri se mai găseşte paralizia facialului sau a trigemenului; a oculomotorilor, sau turburări de echilibru sau fenomene de paralizie pseudobulbară.

Ernest Dupré (²³) comunică un caz de afazie cu mişcări asociate a membrului superior drept. Mişcările vorbirii şi sforţările limbagiului interior erau însoţite în acest caz de mişcări asociate ale membrului superior drept. Cu ameliorarea afaziei mişcările au diminuat fără a dispare complect. Acest caz are analogii isbitoare cu un altul prezentat de d-l Profesor Marinescu, într'una din recentele sale lecţiuni de Miercuri. In cazul acesta nu există afazia, dar bolnavul prezintă mişcării asociate foarte intense în jumătatea dreaptă a corpului în timpul vorbirei.

e) *Nevroze.* Bernheim (²⁴), din Nancy consacră o lucrare concepţiunei cuvântului *Isterie.* Pentru acest autor isteria nu e o entitate morbidă, o maladie, ci o reacţiune, un reflex. Cuvântul acesta trebue rezervat după el crizei, prin cari unii indivizi răspund la emoţiunea produsă în urma unui eveniment exterior sau determinată prin etero sau auto-sugestiune. Isteria, adică acest fel de reacţiune exagerată, poate apare la un individ normal, dar adeseori e secundară neurasteniei, unei psihoze sau unei intoxicaţiuni, maladii, ce crează starea emotivă. Indivizii capabili de a reacţionà în acest mod, trebuesc numiţi după **Bernheim** isterizabili.

Stigmatele sensitive şi seosorinale şi turburările motorii pot lipsì la indivizii „isterizabili" şi se pot întânì la neisterizabili. In geneza lor psihismul joacă un rol capital. Sunt adevărate psihonevrose ale motilităţii sau ale sensibilităţii.

Ceea ce s'a considerat ca isterie simulatrice, n'a fost adese ori decât o intoxicaţiune sau o maladie organică cu turburări, psihice şi nervoase supra adăugate.

Precum se vede, **Bernheim** concepe isteria într'un chip a parte, deosebit de al majorităţii autorilor, ceeace pentru majoritatea autorilor e fondul isteriei, adică stigmatele, pentru d-sa sunt ceva accidental şi străin de isterie. Semnalez această concepţie fără a intrà în analiza ei critică. O astfel de analiză ar cere dezvoltări mai întinse, ce n'ar fi la locul lor într'o revistă generală de felul acesteia.

Sollier (25) la societatea de neurologie din Bruxelles, consacră o conferinţă naturei isteriei. După acest autor n'ar fi vorba de o maladie de natură pur psihică, cum o consideră majoritatea autorilor, ci de o turburare de natură toxică, care ar produce un fel de amorţeală, de adormire a unor centrii cerebrali de aci paraliziile, anesteziile etc. Aşà se explică pentru ce în isterie există adese ori insomnie căci bolnavii ar fi într'o stare de somn patologic, care înlocueşte pe cel normal. Teoria aceasta deşi discutabilă, merită a fi semnalată.

Lancereaux (26) a comunicat academiei de medicină cazul interesant al unei bolnave, care în urma unei emoţiuni violente a prezintat crize de isterie şi o *stare de somn* de aceeaşi natură care a durat *două-zeci de ani.* Precum observă Profesorul **Raymond** în discuţiunea ce a avut loc în urma prezentării acestui caz partea cea mai interesantă în această observaţiune e durata într'adevăr neobişnuită a somnului.

Tot în materie de isterie vom cità observaţiunea unui caz remarcabil de *automatism ambulatoriu*, comunicată la societatea ştiinţelor medicale de d-l Profesor Marinescu (27) împreună cu internii săi Minea şi Makelarie. Bolnavul prezintă pe lângă accesele de automatism, crize caracteristice de isterie. In plus în timpul atacului de automatism ambulatoriu, care a durat 3 zile, bolnavul a executat unele acte (şi-a întors ceasul la timp spre exemplu), cari presupun persistenţa unei activităţi corticale ce lipseşte de obiceiu în timpul atacurilor de automatism ambulatoriu epileptic. Acestea sunt motivele ce fac pe autori să admită în cazul de faţă natura isterică a atacului de automatism Observaţiunea complectă a cazului a fost publicată în revista *Spitalul*.

Tot acì e locul să mai spunem că d-l Profesor Marinescu (28) a raportat societăţii ştiinţelor medicale istoricul unei epidemii de coree isterică survenită într'o şcoală de menaj din capitală. Unele din bolnave simulau întocmai corea lui Sydenham. Prezenţa stigmatelor de isterie, contagiunea psihică, modul de vindecare prin imobilitate in pat, cearceafuri reci, dar mai ales prin izolare şi sugestiunea în stare deşteaptă îndreptăţesc diagnosticul d-sale. Cei cari ar dorì să cunoască mai amănunţit istoricul acestei epidemii, vor consultà cu succes teza d-lui Dr. N. Constantinescu (29).

Vom mai semnalà ideile curioase ale lui A. Paris (30) relative la *patogenia epilepsiei*. După acest autor epilepsia ar fi produsă printr'o intoxicaţiune datorită unui exces de funcţiune a corpului tiroid. Argumentele acestui autor sunt următoarele: Epilepsia e rară în localităţile, în care cretinismul e frecuent şi din contră acolo unde epilepsia e frecuentă, cretinismul e rar.

La cretini pubertatea e oprită, la epileptici se desvoltă mai repede, mentalitatea epilepticilor e opusă aceleia a cretinilor. Aceştia prezintă o frigiditate genezică, pe când epilepticii din contră au mai de grabă o exaltaţiune genezică. Epilepsia prezintă legături manifeste cu pubertatea, menstruaţia, menopauza, funcţiuni legate de glandele sexuale, în special de ovare. Or se ştie că există legături intime între glandele sexuale şi cea tiroidă. Aceste legături ar constà într'un paralelism de acţiune într'un fel de sinergie, şi la intoxicaţiunea tiroidiană s'ar adăugă şi cea genitală. Ultimul punct nu mi se pare exact. Cred a fi demonstrat împreună cu dr. Goldstein, că cele mai multe dintre funcţiunile glandelor sexuale mai cu seamă ale ovarelor sunt de natură antagonistă acelora a corpului tiroid. Sinergia ar existà totuşi între unele funcţiuni a testiculului şi altele ale corpului tiroid.

Ori cum ar fi, argumentele lui Paris nu mi se par convingătoare. Existenţa ipertiroidismului la epileptici e departe de a fi demonstrată şi Hertoghe (31) unul din autorii cei mai competinţi în materie de mixedem, susţine că acest sindrom nu e rar la epileptici sau la ascendenţii acestora.

E de regretat că autorul n'a atins posibilitatea unor raporturi între epilepsie şi glanda paratiroidă.

Dacă o legătură trebue căutată între epilepsie şi o alteraţiune a unei glande cu secreţiune internă, mi se pare că atenţiunea ar trebuì îndreptată mai cu seamă asupra paratiroidelor. Vom mai aveà sper ocaziunea să revenim într'o altă lucrare asupra posibilităţii acestor raporturi.

Guidi şi Guerri (32) se ocupă cu studiul schimburilor nutritive în epilepsie. Autorul acesta găseşte un raport invers între eliminarea ureei şi acea a compuşilor amoniacali. Acidul sulfuric şi cel fosforic se elimină în mai mare cantitate.

Galdi şi Tarugi (33) găsesc că aciditatea urinară e mărită după acces şi diminuată înaintea acestuia.

Charles Féré (34) insistă asupra narcolepsiei şi apatiei ca echivalenţi epileptici. Cunoaşterea unor asemenea echivalenţi are o importanţă practică. S'ar puteà crede în faţa unui epileptic tratat cu bromur, că apatia sau somnolenţa sunt datorite acestui medicament, de unde ca indicaţie terapeutică suprimarea acestuia. Intr'unul din cazurile lui Féré apatia dispărù prin mărirea dozei de bromur. In celalt, tratat cu beladona, narcolepsia dispărù şi ea, mărindu-se puţin doza acestui medicament.

f) *Miopatii.*

Babinski (35) relatează un caz de *miopatie ipertrofică apărută în urma unei febre tifoide*. In acest caz curios, unii muşchi sunt măriţi de volum şi în acelaş timp forţa lor e crescută. Din contră, rapiditatea contracţiunii lor ca şi reacţiunile electrice sunt diminuate. Există deci o alteraţiune anatomică cu disociaţiunea diferitelor proprietăţi ale muşchilor. In acelaş timp muşchii ipertrofiaţi par iperexcitabili pentru incitaţiunile voliţionale de aci o exagerare a sinergiei musculare.

Autorul crede că în acest caz sub influenţa febrei tifoide s'a produs o miozită cu leziuni profunde a muşchiului.

Reparaţiunea a fost exuberantă pentru unii muşchi, producându-se fibre musculare mai voluminoase ca în stare normală, dar nu dotate de aceleaşi calităţi fiziologice. **Babinski** nu vede de altfel în această interpretare decât o simplă ipoteză.

Déjerine şi **Thomas** (36) aduc observaţiunea anatomo-clinică a unui caz de *miopatie primitivă cu topografia atrofiei* **Aran Duchenne**. Pe lângă debutul tardiv al atrofiei şi topografiei ei mai existau tremurături fibrilare, cari făceau încă mai probabilă natura mielopatică. E drept că reacţiunea de degenerescenţă lipsià. In realitate s'a văzut că a fost vorba de o miopatie primitivă cu această topografie rară.

g) *Maladii ale glandelor vasculare sanguine.*

Baduel, **Daddi** şi **Marchetti** (37) la un bolnav atins de maladia lui **Basedow** au găsit o eliminaţiune exagerată a acidului fosforic prin intestin, un adevărat diabet fosfatic, intestinal. Faptul a mai fost notat şi de alţi autori, ca **Scholtz**, când a fost căutat. Ţinem să-l semnalăm pentru că ni se pare puţin cunoscut.

Din punct de vedere terapeutic, e important pentru medic să ştie că pe lângă o afecţiune nervoasă, are de tratat în cele mai multe cazuri de maladia lui **Basedow**, dacă nu în toate, o alteraţiune, adeseori profundă a schimburilor nutritive. Intru cât mă priveşte, cred că tocmai această alteraţiune întunecă adeseori foarte mult prognosticul maladiei lui **Grawes**. Mai e important de amintit că o exagerare a eliminării fosfatelor se observă sub influenţa opoterapiei tiroidiene, ceea ce constitue un argument în favoarea teoriei iperfuncţiunii tiroidiene în maladia lui **Basedow**.

Brissaud şi **Bauer** (38) aduc observaţiunea unui caz de maladia lui **Basedow** însoţit de simptomele paraliziei bulbo-spinale astenice. **Meyerstein** (39) publică un caz asemănător.

Iacobi (40) observă 4 cazuri de *tetanie* însoţite de modificări din partea corpului tiroid. Intr'unul din ele tetania erà însoţită de fenomene bazedoviene.

Erà vorba de o femee de 32 ani. De notat e că în acest caz tetania apărea numai în timpul sarcinelor. In celelalte 3 cazuri muma, fiul și fiica prezintau tetanie și în acelaș timp mărirea de volum a glandei tiroide.

Amintesc aci că tetania, cel puțin în foarte multe cazuri, în toate poate, trebue considerată ca sindromul de deficit al glandelor paratiroide.

In studiul distrofiilor vom semnalà volumul interesant și foarte bine ilustrat pe care Launois și Roy (41) l'au consacrat gigantismului. Autorii disting pe lângă gigantismul acromegalic o formă de gigantism cu infantilism. In această formă pubertatea nu apare, figura rămâne glabră, testiculele sunt atrofiate. Intre diferitele forme de gigantism există toate gradele de trecere.

Gigantismul și acromegalia sunt expresiunea unui proces unic ce se dezvoltă într'un caz înainte de osificarea cartilagelor de conjugațiune; într'altul după îndeplinirea acestui fenomen. Patogenia constă într'o alterațiune în echilibrul funcțiunilor glandelor cu secrețiune internă, în special în exagerarea funcțiunii glandei pituitară.

In acest volum foarte bine documentat cei pe cari chestiunea îi interesează, vor găsi în rezumat toate observațiunile clinice și anatomopatologice ale cazurilor de gigantism publicate până atunci.

TERAPEUTICA

Vom urmà și aci împărțirea în paragrafe.

a) *Opoterapia și seroterapia.*

Vagner și Jauregg (42) se ocupă cu tratamentul opoterapic al cretinismului endemic. Lucrarea e bazată pe 70 de cazuri. Efectele sunt cât se poate de manifeste. Tratamentul cu corp tiroid produce o accelerare însemnată a creșterii ce poate să se manifeste chiar după epoca când în stare normală creșterea s'a oprit. In acelaș timp se observă o desinfiltrațiune a țesuturilor și o mărire a vitalității. Tratamentul e cu atât mai activ, cu cât e întrebuințat mai de timpuriu. Copiii devin vioi și sburdalnici. Unii din cei cari erau în imposibilitate de a urmà la școală, devin capabili de a o face.

Chiar turburările de auz și de vorbire sunt influențate când sunt tratate de timpuriu și când nu sunt prea intense. Semnalez aceste rezultate căci ar fi de dorit ca opoterapia tiroidiană să fie aplicată şi la noi în localităţile unde cretinismul endemic e răspândit.

Pierre Marie şi Crouzon (43) au tratat un caz de mixedem postoperatoriu prin tiroidină cu rezultate foarte manifeste.

Semnalez acest caz mai cu seamă pentru detaliul următor. Bolnavul acesta aveà înaintea tratamentului o albuminurie de 1 gr. 10 cent. la litru pe zi.

Acest fapt a făcut pe autori să ezite un moment în întrebuinţarea tratamentului. Or sub influenţa tiroidinei dispărù şi albuminuria odată cu mixedemul. Doza a fost 50 centigrame pe zi.

Abt (44) având ocaziunea să observe o femee cu corpul tiroid ipertrofiat, şi care în cursul ultimelor sarcini a prezintat fenomene nervoase, *eclampsie* şi *tetanie* a supus-o la *tratamentul tiroidian,* care a adus cu sine dispariţiunea acceselor.

Pentru că e vorba de *tratamentul tiroidian,* voiu mai amintì efectele salutare obţinute cu acest agent terapeutic în tratamentul *eclampsiei* de către Nicholson (45), Baldowski (46), Sturmer (47). Toţi aceşti autori sunt de acord să recunoască efectele remarcabile ale opoterapiei tiroidiene, care a făcut să scadă foarte mult mortalitatea în eclampsie.

Se pare totuşi că eclampsia ar fi mai degrabă legată de o perturbaţiune în funcţiunea glandelor paratiroide şi Vassale care a tratat 3 cazuri de eclampsie cu paratiroidină, a obţinut rezultate excelente.

Deşi cercetările ce urmează au fost făcute în 1905, voiu spune că acelaş autor şi profesorul Marinescu au obţinut rezultate admirabile prin opoterapia paratiroidiană în cazuri de tetanie şi câţiva autori rezultate destul de încurajătoare în tratamentul epilepsiei.

Se pare că există legături mai mult sau mai puţin intime între tetanià, eclampsie, epilepsie şi glandele paratiroide.

Orizonturi noui se deschid pentru studiul patogeniei şi tratamentului epilepsiei.

E de sperat că pentru tratamentul acesteia, viitorul ne va da un agent mai activ şi mai apropriat decât diferitele bromururi.

Voiu mai cità acì un caz remarcabil al lui Consiglio (48), care într'un caz de *migrenă oftalmică* ce survenià la fiecare epocă menstruală, a obţinut o *vindecare persistentă* prin *tratamentul tiroidian*. Amintesc că migrena a fost considerată de Trousseau ca un adevărat atac epileptic. Se pare că şi una şi alta recunosc drept cauză o intoxicaţiune a organismului şi faptele, pe cari le-am citat ridică chestiunea dacă nu cumva această intoxicaţiune e datorită unei turburări în secrèţiunile interne.

Vom mai notà cercetările urmate în tratamentul maladiei lui Basedow cu diferitele preparate provenind dela animalele etiroidate. Metoda aparţine lui Ballet şi Enriquez şi datează dejà de mai mulţi ani. Totuşi a fost pusă în aplicare mai cu seamă în ultimul timp. Astfel Josionek (79) întrebuinţând serul de capră etiroidată în 2 cazuri de maladia lui Basedow a observat regresiunea guşei, scăderea pulsului, dispariţiunea turburărilor subiective.

Fai (50) recomandă a se asocià cura de lapte de capră tiroidectomizată cu stagiunea la altitudini mari. Aceasta din urmă măreşte capacitatea respiratorie, numărul globulelor roşii, diminuă iritabilitatea cardiacă. Acest autor a observat efecte mulţumitoare tratând cu rodagenun caz de maladia lui Basedow la o femee. Amintesc că acest preparat se extrage din laptele animalelor cu extirparea corpului tiroid. Doza întrebuinţată a fost 25 grame pe zi.

Leyden (51) a tratat prin acelaş preparat două cazuri de maladia lui Basedow şi a obţinut o ameliorare însemnată. De asemenea Lax (52) în urma unui tratament cu lapte de capră tiroidectomizată, a obţinut rezultate satisfăcătoare în cazul său.

Aceleaşi rezultate remarcabile le găsim semnalate de către Sainton şi Pisante (53) cari au întrebuinţat serul lui Moebius-Merk.

Intr'o primă observaţiune aceşti autori au tratat bolnava lor cu sàngele unui berbec etiroidat. O uşoară ameliorare s'a produs după un tratament de o lună. Pulsul dela 135—140 ajunse la 110—120 exoftalmia, tremurăturile au diminuat de asemenea. Palpitaţiunile persistau însă. Autorii recurseră atunci la serul lui Moebius în doza de 5—12 picături pe zi timp de 3 săptămâni. După o săptămână de repaos tratamentul erà continuat în aceleaşi condiţiuni. Bolnava a urmat aşà timp de 3 luni după care interval exoftalmia nu mai erà vizibilă decât pentru un ochiu exercitat, tremurătura erà neînsemnată caracterul s'a ameliorat, poliuria a diminuat. Diarea a dispărut. *Pulsul a scăzut la 80 pe 1′.* Din vechea stare n'a mai rămas decât o urmă de guşe şi o oarecare fixitate a privirei. Din timp în timp această femee mai continuă a face câte o mică cură de ser. După autori, vindecarea acestui caz se poate considerà ca definitivă şi complectă.

Intr'un alt caz raportat de aceiaşi autori şi în care există sindromul bazedovian tipic cu fenomene oculare, tahicardie 120—125 pe 1′, tremurătura vibratorie foarte intensă, guşe. Supus la tratamentul cu sânge de berbec, etiroidat amestecat cu glicerină, în doza de o linguriţă pe zi ameliorarea fù evidentă. După 20 de zile pulsul scăzuse la 100. Dar bolnavul întrerupând tratamentul, pulsul revenì la 135 pe 1′. In această stare se găsià, când fù pus pe tratamentul cu ser de berbec etiroidat în doza de 5—10 picături pe zi. La începutul tratamentului pulsul aveà precum am zis 135 bătăi pe minut. După mai puţin de 2 luni *scăzuse la 90* pe minut. Toate celelalte fenomene sau ameliorat. Rezultatul e mai cu seamă remarcabil pentru tremurături.

Intr'un al 3-lea caz s'a produs iarăşi o ameliorare însemnată prin seroterapia specifică. *Pulsul a scăzut dela 130 la 84.* Toate celelalte simptome s'au amendat foarte mult. Doza a fost 10—20 picături pe zi. De notat e că în acest caz s'au făcut bolnavei 12 injecţiuni de câte un centimetru cub din acelaş ser fără să fi simţit o ameliorare notabilă. Se pare deci că tratamentul pe cale bucală îi e cu mult superior. Comparând efectele tratamentului cu sângele total al animalelor tiroidectomizate cu acela prin serul acestora, se vede că ultimul prezintă o superioritate marcată. De notat mai e că în aceste 3 cazuri nici unul din multiplele tratamente încercate mai înainte n'au dat rezultatele atât de însemnate ale seroterapiei specifice.

Kuhnemann (54) a tratat un caz de maladia lui Basedow timp de 6 săptămâni cu rodagen luat de 3 ori pe zi câte 2 grame. In urma tratamentului a observat o creşterea de 12 funzi, diminuarea guşei, scăderea exoftalmiei, dispariţia tremurăturilor şi o calmare însemnată a eretismului cardiac.

Kallarits (55) n'a observat din contră nici un rezultat cu acest medicament întrebuinţat la 3 bolnavi dela 4—6 săptămâni

De asemenea Hoffmann (56) în 3 cazuri n'a obţinut nici un efect cu această metodă de tratament. Din contră, prin intervenţiunea operatorie a obţinut o ameliorare însemnată. La aceleaşi rezultate negative a ajuns şi Hochhaus (57). Din totalul faptelor expuse reese totuşi, în mod suficient că seroterapia specifică şi procedeele conexe, au un efect salutar indiscutabil în tratamentul maladiei lui Basedow cel puţin într'un număr de cazuri Rezultatele negative obţinute de unii autori nu mi se par menite a compromite valoarea acestui tratament. E mai probabil că anumiţi factori au venit să împedice acţiunea tratamentului sau că anumite condiţiuni necesarii au lipsit. Ori cum ar fi, rezultatele obţinute de cei mai mulţi autori constituesc un triumf mai mult al terapeuticei biologice, terapeutică ce caută să uzeze în vindecarea boalelor de mijloacele întrebuinţate de însăşi natura în apărarea organismului.

Aci e locul să mai citām câteva încercări făcute în tratamentul maladiei lui Grawes prin ajutorul unui ser provenind dela animale immunizate în contra acţiunii corpului tiroid. Astfel Murray cu un astfel de ser a obţinut oarecari rezultate Lépine (58) a făcut deasemenea câteva cercetări în aceeaşi direcţiune. In fine Ceni şi Besta (59) au făcut cercetări experimentale în direcţiunea contrarie căutând să trateze animalele tiroparatiroidectomizate cu sânge dela animale immunizate contra serului altor animale cu aceeaşi operaţiune. Rezultatele sunt încurajătoare întru cât priveşte fenomenele consecutive paratiroidectomiei.

De semnalat mai sunt încercările făcute pentru găsirea unui tratament specific al epilepsiei. Tratamentul bromurat cu sau fără privaţiunea de cloruri nu se referă decât la sedaţiunea excitabilităţii nervoase. El nu influenţează însăşi mecanismul intim care prezidă la producerea epilepsiei.

Cercetările făcute de Ceni şi în urma lui de alţi autori tind din contră la găsirea unui tratament, care ar neutraliză substanţele toxice, cari lucrând asupra scoarţei cerebrale determină atacurile epileptice. Fondamentul acestei metode e tratarea epilepticilor cu serul lor propriu sau cu cel provenit dela alţi epileptici.

Tiengo (60) a încercat acest tratament în 6 cazuri de epilepsie, ce durau dela 2—20 ani şi cari prezentau fenomene grave. In 5 cazuri a observat o scădere însemnată în numărul acceselor cu ameliorarea stării generale. Astfel într'unul din cazuri accesele au scăzut în prima lună dela 50 la 12 şi mai târziu la 3—4. Intr'un alt caz dela 30 la 6. Intr'altul dele 15 la 4. In cazul al 6-lea în care epilepsia dată de 20 de ani, fenomenele au dispărut cu totul.

Incercări analoage au fost făcute de **Gerhartz** (61) cu rezultate mai îndoelnice. Acest din urmă autor a găsit, contrariu lui **Ceni** că serul provenit dela alți epileptici e mai activ decât cel luat dela însuși bolnavul tratat.

Tullio Mazzei (62) experimentează autoseroterapia la 5 epileptici, la cari celelalte tratamente n'au dat rezultate satisfăcătoare. Un singur insucces. In celelalte 4 cazuri s'a observat o diminuțiune foarte netă în numărul și intensitatea acceselor. Autorul e de părere că metoda lui **Ceni** merită încă a fi experimentată cu toată opiniunea defavorabilă a lui **Roncoroni**, **Sala** și **Rossi** și a lui **Catola**.

b) *Fizioterapia.*

Leduc (63) tratează *nevralgiile* prin *ionul salicilic*. Electrodul negativ e împregnat cu soluțiunea de salicilat de sodiu 2%. Intensitatea curentului e de 2 M. A. pentru centimetrul pătrat de suprafață. Ionul salicilic pătrunde în țesuturi exercitând o acțiune analgeziantă foarte însemnată. In acest chip a tratat cu un succes manifest un caz de zona oftalmică.

Massy (64) se ocupă cu *tratamentul fizic al paraliziei infantile.* Acesta va constà în masagiul mușchilor, mișcări pasive în direcțiunea opusă aceleia către care mușchii paralizați ar duce membrul în starea normală. Apoi mișcări cu rezistența activă din partea bolnavului și natural în limitele posibile. Se va electrizà măduva spinării cu un curent stabil de 8 M. A. la nivelul leziunii. Apoi se vor electrizà mușchii cu polul cel mai excitant pentru contracțiunile de închidere.

Curenții faradici nu se vor întrebuințà decât după dispariția reacțiunii de degenerescență. Se va întrebuințà o bobină cu fir gros și un curent cu întreruperi rare. Tratamentul va fi continuat 1—3 ani, după care timp autorul promite o vindecare aproape absolută. Cine va fi văzut însă, vre-o dată leziunile medulare din paralizia infantilă nu va putea să nu păstreze oarecare doză de scepticism relativ la posibilitatea unei restitutio ad integrum frecuentă în asemenea cazuri ori cât de bine condus ar fi tratamentul întrebuințat.

Thiellé (66) se ocupă cu tratamentul *neurasteniei* prin *curenți* *continuii* şi *franclinizare*. Aceasta din urmă e întrebuinţată sub formă de duşuri în contra insomniei. Curentul continuu e întrebuinţat în contra durerilor rachidiene şi impotenţei sexuale. Galvanizaţiunea o întrebuinţează sub următoarele 3 procedee: *a)* generală, electrodul pozitiv la gât, cel negativ la picioare într'o bae. Intensitate de 10—30 miliamperi; *b)* galvanizarea măduvei, polulul pozitiv în regiunea cervicală, cel negativ în cea lombară. Intensitate 10—35 M. A. Durata 15 minute apoi încă 5 minute răsturnând curentul. *c)* Galvanizaţiunea occipitofrontală, polul pozitiv în regiunea frontală, cel negativ în cea occipitală. Intensitate 2—5 M. A. Din 9 cazuri astfel tratate 7 au fost vindecate şi numai în 2 nu s'a observat decât o ameliorare trecătoare.

Raymond şi Zimmern (66) au recurs cu succes la acţiunea radiului în contra durerilor mai cu seamă în cazurile de tabes, Radiaţiunile acestui corp au deci o acţiune analgezică.

c) *Mijloace diverse.*

Babinski (67) a întrebuinţat rachicenteza ca tratament al vertigiului auricular. Rezultatele sale bazate pe un număr, de 106 cazuri sunt foarte satisfăcătoare, după Migreat (68) puncţiunea lombară în afecţiunile otice nu pare a lucrà decât în leziunile labirintice cu exagerarea presiunii lichidelor urechii interne. In aceste cazuri se observă dispariţia sau atenuarea vertigiilor, a vâjiiturilor şi chiar o mărire a acuităţii auditive, când interventiunea se face de timpuriu.

Vom mai cità rezultatele favorabile pentru oprirea acceselor de epilepsie obţinute de Crocq (69) în urma lui Mac Conaghy şi apoi de Lannois (70) într'o treime de cazuri punând bolnavul în acces în *decubitus lateral stâng*. Lannois observă că acest rezultat e constant la aceiaşi bolnavi. Tot astfel la aceia, la cari într'un prim acces această poziţiune s'a arătat fără influenţă rămâne tot astfel şi în cele ulterioare.

Pierre Bonnier (71) a semnalat la un afazic o ameliorare a turburărilor de vorbire, în urma *decubitului lateral drept*. Din contră bolnavul redeveneà afazic când erà culcat pe spate sau pe laturea stângă. Explicaţiunea ar fi în modificările pe cari aceste diferite atitudini le imprimă circulaţiunii cerebrale.

Dauer şi Dobrovitch (72) atrag atenţiunea asupra influenţei nefaste pe care o are tratamentul prin morfină a crizelor gastrice. Acest tratament face ca crizele să devină mai dese şi mai prelungite. Semnalez această constatare atrăgând atenţiunea asupra acestui mod de tratament prejudiţios pentru bolnav.

BIBLIOGRAFIE

(1) **Goldscheider.** Ueber die di Vibrations gefühl. *Berliner Klinische Wochenschrift.* 1904.

(2) **Minor.** Ueber die localisation und klinische Bedeutung der sogen. knochensensibilität oder des Vibrationsgefühls. *Neurolog. Centralbatt.* No. 4 und 5. 1904, citaţi după **Strominger.**

(3) **Marinesco.** Recherches sur la sensibilité vibratoire. *Presse médicale,* 13 Aoùt. 1904

(4) **Strominger.** Contribuţiuni la studiul sensibilităţii vibratorii. Teză. 1905.

(5) **Strümpell.** Ueber die Bedeutung der sensibilitätsprüfungen mit besonderer Berücksitchtigung des Drucksinnes. *Deutsche Medicinsche Wochenschrift.* 1904. No. 31—40.

(6) **Marinesco.** Les troubles de la baresthésie. *Semaine médicale.* No. 48. 1905.

(7) **Dejérine** et **Egger.** Les troubles objectifs de la sensibilité et leur topographie radiculaire. *Revue Neurologique,* p. 54. 1904.

(8) **Brissaud.** Societé de Neurologie de Paris. *Revue Neurologique. p.* 90. 1904.

(9) **Babinski.** Sur la transformation du régime des réflexes cutanés dans les affections du système pyramidal. *Revue Neurologique,* p. 58. 1904.

(10) **Marinesco.** Sur deux cas de paralysie flasque dus à la compression du faisceau pyramidal sans dégénérescence de ce dernier avec signe de Babinski et absence des réflexes tendineux et cutanés. *Revue Neurologique,* p. 210. 1904.

(11) **Guinon** et **Paris.** Paralysie infantile avec réaction méningée. Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, 18 Juin. 1903. analizat de **Sainton** în *Revue Neurologique.* p. 742. 1904.

(12) **Ballet** et **Rose.** Amyotrophie **Charchot-Marie** avec atrophie des deux nerfs optiques. *Revue Neurologique.* p. 522. 1904.

(13) **André Léri.** Cecité et Tabes. *Thèse de Paris.* anal de **Feindel** în *Revue Neurologique.* p. 383.

(14) **Eug. Terrien.** La cécité et le prognostique du tabes. *Revue Neurologique.* p. 519. 1904.

(15) **Pierre Marie** et **Léri.** Evolution de l'amaurose tabétique. *Revue Neurologique,* p. 190. 1904.

(16) **P. Bonnier.** Sur un cas de face succulente. *Revue Neurologique,* p. 511. 1904.

(17) **Henry Meige.** Migraine ophtalmique, hémianopsie et aphasie transitoire, hémiface succulente etc. *Revue Neurologique,* p. 961. 1904.

(18) **Bourneville** et **Crouzon.** Atrophie cérébeleuse familiale. Idiotie et diplegie. *Revue Neurologique,* p. 518. 1904.

(19) **Raymond** et **Courtellement.** Oedème de la main chez une hémiplegique *Revue Neurologique.* p. 397. 1904.

(20) **Thomas** et **Chiray.** Sur un cas de syndrome thalamique. *Revue Neurologique* p. 505. 1904.

(21) **Dide** et **Durocher.** Syndrome thalamique avec autopsie. *Revue Neurologique,* p. 802. 1904.

(22) **Haskovek.** Syndrome thalamique et ses formes benignes, *Revue Neurologique,* p. 1148. 1904.

(23) **Ernest Dupré.** Aphasie avec mouvements associés du membre supérieur droit. *Comptes Rendus du XIV-e congrès des neurologistes et alienistes français.* Pau, Tom. II. 1905. Paris chez Masson.

(24) **Bernheim.** Conception du mot hystérie, critique des doctrines actuelles *Revue médicale de l'Est.* p. 45 1904, an. de **Thoma** în *Revue Neurologique,* p. 689. 1904.

(25) **Sollier.** Théorie physiologique de l'hystérie. *Journal de Neurologie.* No. 1. 1904.

(26) **Lancereaux.** La dormeuse de Thénelles, *Bull Acad de médecine.* p. 190. 1904.

(27) **Marinesco, Minea** şi **Makelarie.** Un caz de automatism ambulatoriu *Soc. ştiinţelor medicale.* 1904.

(28) **Marinescu.** O epidemie de isterie. *Buletinul Soc. ştiinţelor medicale.* fasc. II 1904.

(29) **N. Constantinescu.** O epidemie de coree isterică. Teză. Bucureşti, 1904.

(30) **A. Paris.** Epilepsie. Pathogénie et indications thérapeutiques *Archives de Neurologie.* 1904.

(31) **Hertoghe.** Paludisme et myxoedeme. *Progrès medical belge.* No. 2, 1902.

(32) **Guerri Guidi.** *Annali dell'Instituto Psychiatrico dela R. Universita di Roma.* fasc. 1. p. 67—91. 1904. An. de **Deleni** în *Rev. Neurol.* p. 1132. 1904.

(33) **Galdi** et **Tarugi.** Nuovo contributo allo studio dei rapporti fra l'acidità urinaria ed epilessia Il *Morgagni* Parte 1. p. 357. analizat de **E. Bratz** in *Jahrsbericht über de Leistung und Fortschritte auf dem gebiete der Neurologie* etc. Berlin. 1905.

(34) **Ch. Féré.** Note sur l'intérêt clinique de quelques éprivalents des épileptiques. *Revue de Médecine* No. 6. p. 449.

(35) **Babinski.** Myopothie hypertrophique consecutive de la fièvre thyphoïde. *Revue Neurologique.* No. 24. 1904.

(36) **Dejerine** et **Thomas.** Un cas de myopathie à topographie type Aran—Duchenne suivie d'autopsie. *Revue Neurologique.* No. 24. 1904.

(37) **Baduel, Daddie Marchetti.** Ricerche sul ricambio materiale in un caso di merbo di Flaiani-Basedow. La *Clinica moderna.* 6 Gennaio. 1904 analizat de **Deleni** în *Revue Neurol.* p. 600, 1904.

(38) **Brissaud** et **Bauer.** Syndrome de Basedow associé à une paralysie bulbo-spinale asthénique. *Revue Neurologique.* p. 224. 1904.

(39) **Meyerstein.** Ueber das combinirte Vorkommen von Myasthenie und Basedowscher krankheit. *Neurologisches Centralbat.* p. 1089. 1904.

(40) **Jacobi.** Struma und Tetanie. *Wiener klinische Wochensch.* No. 27. Analiz de Wolemberg în *Jahrsber. nber die Leistungen* etc. Berlin. 1905.

(4) **Launois** et **Roy.** Etudes biologiques sur les géants. Paris. 1904 chez Masson.

(42) **Wagner** und **Jauregg.** Ueber Behandlung des endemischen kretinismus mit Schildrusensubtanz. *Wiener klin. Wochenschrift.* No. 12. p. 323. Analis de Merzbacher in *Jahrbericht* etc. Berlin. 1905.

(43) **Pierre Marie** et **Crouzon.** Sur un cas de Myxoedème chirurgical de l'adulte considérablement amélioré par l'Iodothyrine *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux.* 18 Juin. 1903.

(44) **Abt**, Corps thyroïde et grossesse *Thèse de Paris* 195. 24 février 1904 chez Jouve anal de **Feindel** in *Rev. Neurol.* p. 550. 1904.

(45) **Nicholson.** Journal of. obstetric. and Ginacc, ofthe Brit. Empire. Jan. 1904.

(46) **Baldowski.** Wratch. 1904. Analiz în *Présse médic.* 1904.

(47) **Sturmer.** Soc. de obstetrică din Londra 6. April. 1904. analiz în *Presse méd.* 1904.

(48) **Consiglio.** Gazetta degli ospedalie della clinica Novembre 1904 Analizat în *Revue Neurologique.*

(49) **Josionek.** Das Antithyroeidin-Möbius bei Morbus Basedowi. *Die Medizinische Woche* No. 37. Analiz de **Merzbacher** in *Jahrsbericht.* 1905.

(50) **Fai.** Budapesti Orvosi Ujsag. No. 22, analiz. în *Jahrsbericht.*

(51) **Leyden.** Ueber Organtherapie bei Morbus Basedowi. Medizinische klinik No. 1. p. 1. analiz, in *Jahrsbericht.*

(52) **Lax.** Orvosi Hetilap. No. 5. anal în *Jahrsbericht.*

(53) **Sainton** et **Pisante.** Goitre exophtalmique traité par le sérum de mouton éthyroïde *Revue Neurologique.* 1904. p. 1109.

(54) **Kuhnemann.** Über die Behandlung des Morbus Basedowi mit Rodagen. *Münch. Mediz. Wochenschr.* No. 10 p. 438. analiz de **Bloch** în *Jahrsbericht.*

(55) **Kollarits** *Orvosi Hetilap.* No. 2—3, analiz. în *Jahrsbericht.*

(56) **Hoffmann.** Analiz în *Jahrsbericht.* 1905.

(57) **Hochhaus.** idem.

(58) **Lépine.** *Lyon médical.* 1904 citat de **Sainton** et **Pisante.**

(59) **Ceni** e **Besta.** Proprieta terapeutiche specifiche de Siero di Sangue di animali immunizati con siro di animali stiro-paratiroidati. *Rivista sperimentale di Freniatria.* Vol. XXX. p. 608 analiz in *Jahrsbericht.*

(60) **Tiengo.** Contributo alla cura dell épilessia col metodo di Ceni. *Ric. Sperimentale di Freniatria.* Vol. XXX fasc II a. III.

(61) **Gerhartz.** Zur Blutserumbehandlung der Epilepsie. *Neurologisches Centralbat* p. 835. 1904.

(62) **Mazzei** Sierothérapia dell'Epilessia. *Riforma medic.* 20 Avril. 1904 analizat de **Deleni** în *Revue Neurologique.* p. 851. 1904.

Leduc. Traitement des Névralgies par l'Ion salycilique. *Archives d'Electricité médicale* 10 Juin 1904 analizat de **Allard** în *Revue Neurologique*, 1904, p. 990.

94. Etude sur le traitement physique de la paralysie infantile. *Revue de cinesie.* Mai 1904 anal. de **Allord** în *Rev. Neurol.* p. 790. 1904.

65. **Thiellé.** Neurasthénies traitées par les courants continus et la Franklinisation. Soc. française d'Electrothérapie. Février. 1904 analizat de **Allard** în *Revue Neurol.* 1904.

66. **Raymond et Zimmern.** Quelques faits rélatifs à l'action thérapeutique du Radium. *Académie de Médecine*, 26 Juillet 1904.

67. **Babinski.** Sur la traitement des affections de l'oreille et en particulier du Vertige auriculaire par la rachicentèse. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.* Février 1904. Analizat de **Léri** în Rev. Neur. 1904 p. 449.

68. **Mignon.** Contribution à l'étude du traitement des affections auriculaires par la ponction lombaire. *Thèse de Bordeaux.* Analizat de **Abadie** în Rev. Neurol. p. 1135. 1904

69. **Crocq.** Un moyen épilepto-frénateur héroïque.

Comptes Rendus du XIV-e congrés des neurologistes et alienistes francais. Paris, 1905 chez Masson.

Lannois. La decubitus latéral gauche comme moyen d'arrêt dela crise épileptique. *Revue Neurol.* p. 1151. 1904.

71. **Bonnier.** Influence du decubitus latéral droit sur l'aphasie. *Revue Neurologique*, p. 1243, 1904.

CERCETARI ORIGINALE

Prof. Dr. A. Obregia ET **A. A. Antoniu**

NOTE

sur les tubercules endoccipito-basilaires chez les aliénés.

Dans les nombreuses investigations faites sur les crânes d'individus qui ont été atteints par des maladies mentales, ainsi que chez ceux succombés à la suite d'autres maladies, nous avons pu remarquer l'existence d'un tubercule sur la face interne de l'occipital, en avant des trous condyliens antérieurs. Ce qui nous a amenés à faire un examen plus minutieux de la question, c'est que ce tubercule se trouve dans l'immense majorité des cas chez les aliénés, et que par contre, il n'existe que plus rarement chez des individus qui n'ont jamais souffert de maladies mentales.

La plupart des anatomistes classiques tels que Cruveilhier (Traité d'anatomie). Blandin (1838. Tr. d'anatomie). Marjolin (Tr. d'anatomie. 1815), Witkowski (idem), Debierre (idem 1890), Bichat (idem, 1829), Gegenbauer (idem 1889) et Testut, ne font aucune mention de l'existence de ce tubercule.—Poirier en fait une description sommaire sous la dénomination de tubercule occipital; Ch. Stewarts et R. W. Reid [1]) proposent pour la dénomination de ce tubercule le qualificatif de *eminentia innominata*. Le Double a décrit le tubercule sous le nom d'exoccipito-basilaire, et il lui a donné ce nom, pour ne pas produire des confusions, ce qui est arrivé par les dénominations données par Hyrtl et Meckel [2]): processus innominatus et tuberculum jugulare. Mais la dénomination d'exoccipito-basilaire donnée par Le Double, loin de donner une notion juste sur le siège et la position de ce tubercule, engendre plutôt une confusion, car sous le nom d'exoccipito, on comprend des formations qui se trouveraient sur le côté externe de l'occipital. C'est pourquoi nous les avons appelé *endoccipito-basilaires*, dénomination qui a l'avantage de montrer d'une manière précise que ces tubercules se trouvent, sur le côté interne de l'occipital et à proximité de l'apophyse basilaire.

Les tubercules endoccipito-basilaires se trouvent, comme nous venons de le dire, devant les trous condyliens, un peu en avant de la scissure occipito-temporale, qu'ils délimitent des deux côtés de la ligne médiane, au point de jonction de l'apophyse basilaire avec le reste de l'occipital.

Les tubercules sont situés sur le même plan vertical que les condyles de l'occipital présenterait deux condyles, dont l'un inférieur, le condyle occipital, l'autre supérieur, le tubercule que nous décrivons et, entré ces deux condyles se trouve le canal condylien, qui passe comme un tunnel par dessous le tubercule endoccipito-basilaire. — La forme que présente le tubercule, ainsi que le nombre des tubercules, varie d'un individu à l'autre; habituellement on trouve une éminence ayant la forme d'une pyramide tronquée, dont le sommet arrondi est dirigé en haut et en avant et la base se confond en avant avec l'apophyse basilaire, en arrière et en bas avec les bords du trou occipital et à l'extérieur avec la portion de l'os occipital qui forme la suture occipito-temporale, ainsi que le bord postéro-interne du trou déchiré postérieur.

---

[1]) Human Osteology, London, 1899.

[2]) Meckel. Arch. p. l'antrop, e la etn. t. II, p. 72.

Par la présence de ces tubercules, la face endo-crânienne de l'apophyse basilaire, au lieu d'être lisse et plane, prend la forme d'une excavation profonde, dont la base est formée par la face supérieure de l'apophyse, et les bords par le versant interne des tubercules. En général c'est la forme habituelle sous laquelle les tubercules se présentent. Assez fréquement cependant les tubercules apparaissent seulement comme des proéminences mamelonnaires; le plus souvent ils n'ont pas les mêmes dimensions des deux côtés. Sur quelques crânes, nous avons trouvé outre ces tubercules, et à leur partie interne, une petite excroissance osseuse, qui faisait apparaître les tubercules comme doubles ou comme présentant un nouveau tubercule attaché. La dimension de ce tubercule est toujours petite, mais c'est son siège qui varie. Le plus souvent, il se trouve sur le tubercule endoccipito-basilaire même, de sorte qu'il modifie l'aspect pyramidal de celui-ci. Dans quelques cas. et sourtout lorsque le tubercule endoccipito-basilaire est petit, cette excroissance osseuse est située un peu en avant et en dedans du tubercule principal et prend le caractère d'une formation indépendante. Nous allons donner à ce tubercule non décrit, la dénomination de *tubercule accessoire endoccipito-basilaire.* Fig. 1 şi fig. 2. Lorsqu'il

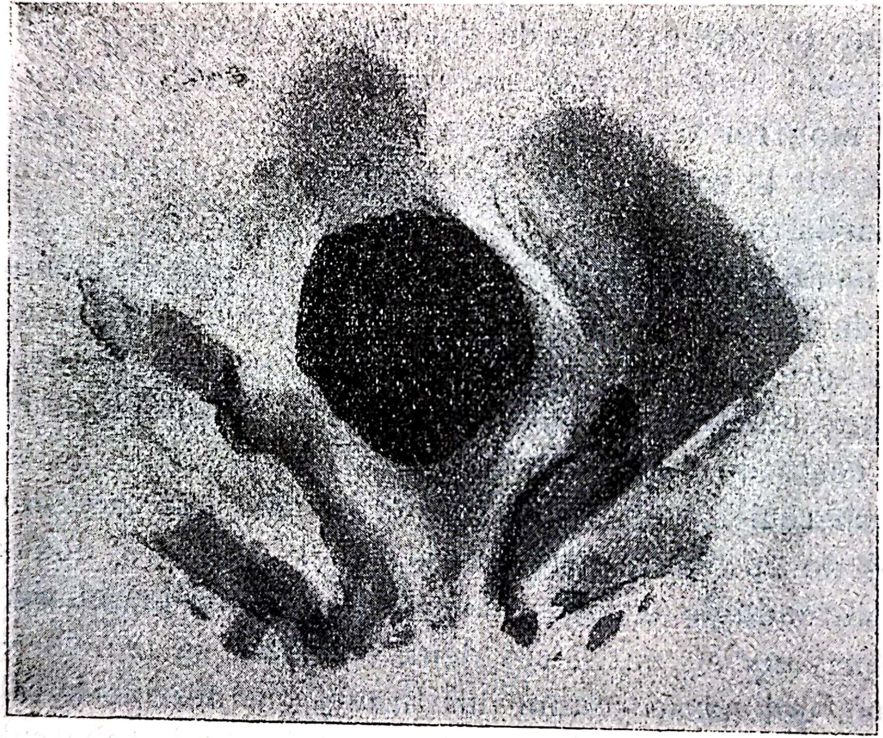


Fig. 1. Tubercules endo-occipito-basilaires. Les Tubercules accessoires manquent.

est bien developpé il se présente, dans ces cas, sous la forme d'une saillie mamelonnaire plus étroite à la base. Ces tubercules ne sont pas toujours symétriques Souvent il n'existe qu'un seul, mais ce qui est constant c'est le siège que nous avons décrit. Les sommets des tubercules sont en rapport avec le sillon bulbo-protubérantiel, et les faces intéro-inférieures avec les olives bulbaires.

Ce tubercule est considéré par Le Double, comme l'effet d'une croissance exagérée du processus d'ossification de l'articulation occipito-basilaire et pour démontrer cela, il dit qu'on ne voit aucun vestige avant 7 ou 8 ans c'est-à dire avant la disparition du cartilage intersutural.

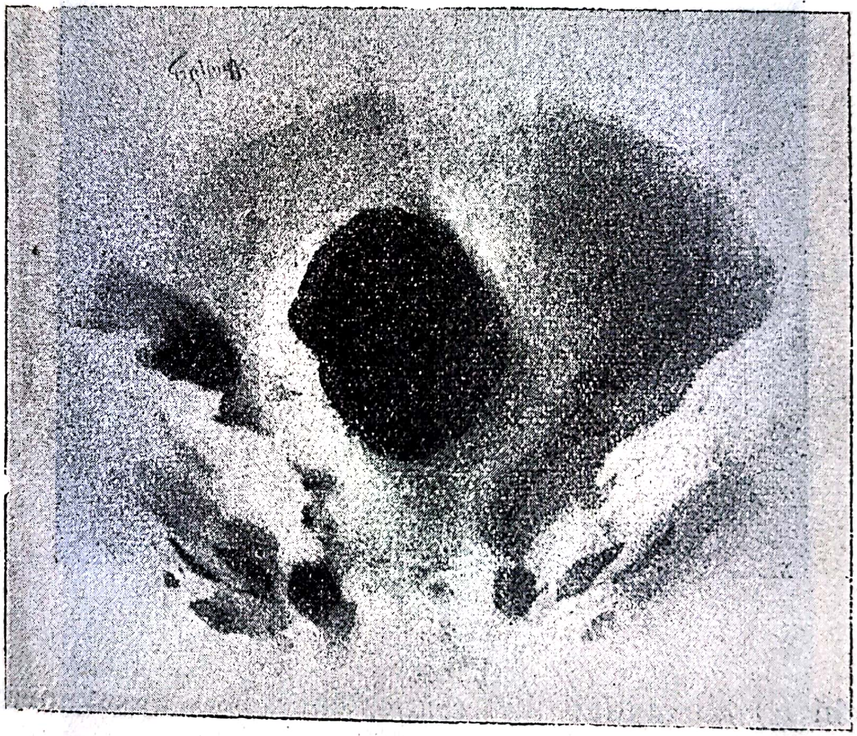
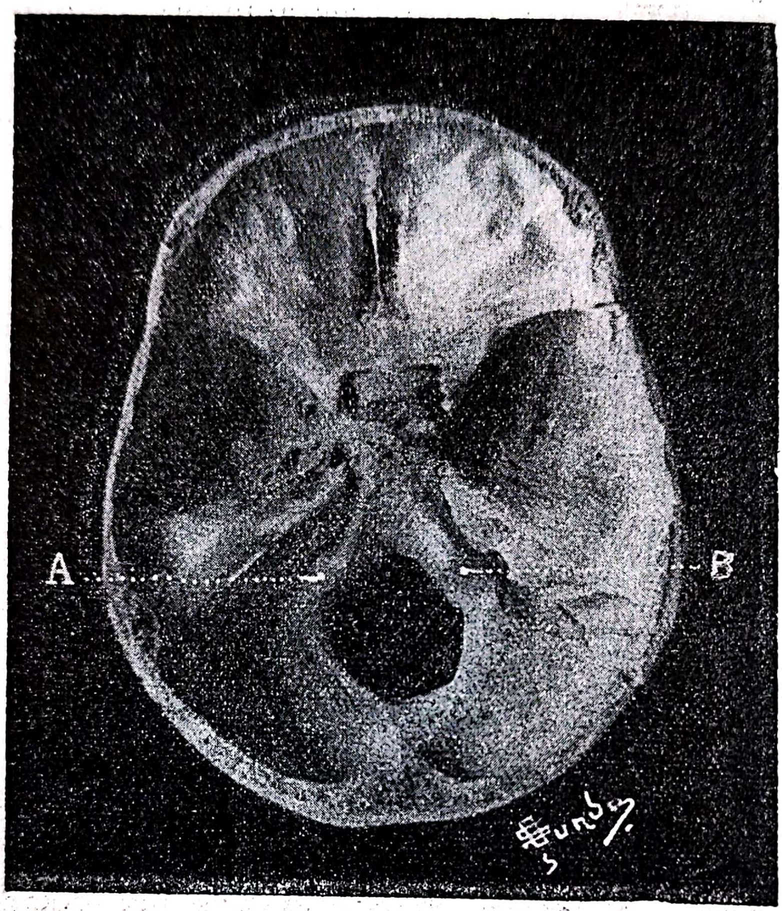


Fig. 2. Les tubercules accessoires sont prononcés les principaux presque nuls.

Etant donné qu'à ce niveau se trouvent les points d'ossification condyliens de l'occipital latéral et que cette portion de l'occipital représente les masses latérales de la dernière vertèbre crânienne, étant donné en plus qu'à ce niveau, chez les vertébrés inférieurs, ainsi que chez les primates, le rudiment vertébral prend en ce point un développement plus grand sous forme de tubercule, nous considérerons ce dernier, comme un vestige des apophyses articulaires supérieures de la vertèbre occipitale. Plus le crane évolue vers la supériorité, plus l'occipital s'écarte du type vertébral et vice-versa; la présence des éminences vertébrales montre donc une évolution arrétée, un retour à un type atavique. Ce fait est corroboré par celui que ces éminences se trouvent pronnoncées chez un grand nombre de simiens.



Bianchi (1) a examiné 200 crânes chez des sujets normaux et a rencontré le tubercule:

Très développé	sur	40	soit	sur	20	pour	100.
Médiocrement	”	115	”	”	57,5	”	100.
Absent	”	45	”	”	22,5	”	100.

Et sur 350 crânes d'aliénés:

Très developpé	sur	97,	soit	sur	27,7	p. 100
Médiocrement		171,	”	”	48,8	p. 100
Absent		82,	”	”	23,4	p. 100.

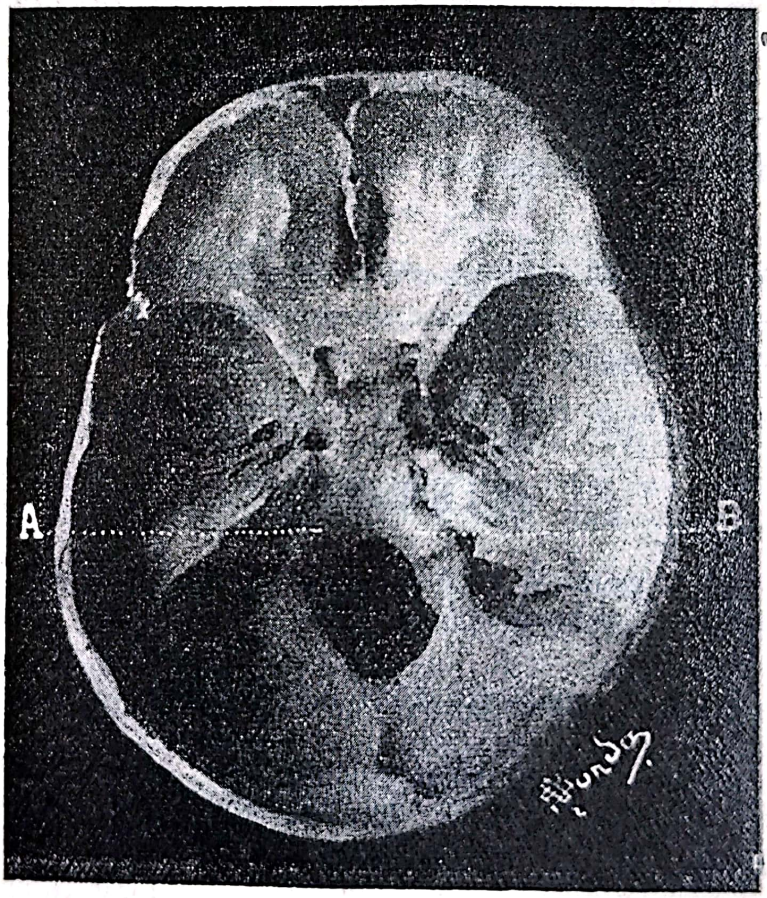
---

(1) Bianchi: Boll di R. Acad. di Rom. 1886—1887.

Tamassia a noté le tubercule 15 fois sur 41 crânes d'idiots et de crétins.

De ces recherches Bianchi et Tamassia ont induit que le tubercule endoccipito-basilaire se trouve plus souvent et est plus développé chez les criminels et les aliénés, que chez les sujets normaux. Sur les crânes des autres animaux l'éminence a été trouvée chez les carnivores et les primates.

Nous avons examiné des crânes: d'ours, chèvres, brébis, porcs, chiens, chats, lièvres, cobayes, oiseaux, et nous avons trouvé le tubercule seulement chez le chat; nous n'en avons trouvé non plus aucun vestige sur les crânes humains, jusqu'à l'âge de 10 ans.



En examinant 160 crânes dans le laboratoire d'anatomie descriptive de la Faculté de médecine de Bucarest, crânes provenant des sujets normaux, nous n'avons trouvé le tubercule que 11 fois et très peu développé. Sur 300 crânes d'aliénés, de l'hospice Marcutza, nous l'avons trouvé 215 fois, (71,6 $_0/^0$); chez 140 existaient les tubercules, étaient symétriques et bien développés;

(40,66°/0) crânes les tubercules étaient peu développés (12,33°/0) asymétriques et inégaux; sur 20 crânes, (6,66°/0) ils n'existaient que d'un seul côté; sur 15 crânes les tubercules étaient peu développés et les accessoires étaient présents (5°/°).

De l'analyse de cette statistique, il résulte que le tubercule existe sur la majorité des crânes d'aliénés, et que par contre, ils est absent le plus souvent sur les crânes normaux.

N. C. Paulescu.

SPLINA ŞI SECREŢIA BILIARA

(CERCETARI EXPERIMENTALE)

(Lucrare făcută în Laboratorul de Physiologie al Facultăţei de Medicină din Bucuresci.

Fiind dat faptul că sângele, care ese din splină, trece prin ficat, ne-am pus întrebarea: *splina nu exercită ea óre vre-o influenţă asupra secreţiei bilei?*

Lucrarea de façiă rĕspunde la acéstă întrebare (1).

HISTORIC.

Două importante memoriĭ, apărute de curând, au stabilit că *splina jócă un rol important în producţia fiereĭ.*

Cercetările d-lui A. Pugliese.

D-l Pugliese (2), studiind acţiunea pyrodineĭ şi a toluilendiamineĭ asupra animalelor splenectomisate, fu condus, de consideraţii hypotetice, să examineze fierea la câinĭ, carĭ nu maĭ aveau splină (3).

---

(1) V. asupra aceluiaşĭ subject.

C. R. Académie des Sciences, Novembre 1905.

Journal de physiologie et de path. générale. Paris, 1906.

(2) A. Pugliese et T. Luzzatti. *Archiv. p. le Sc. Med.*, XXIV, 1; şi *Archiv. ital. de Biol.*, XXXIII, 349.

(3) A. Pugliese. Contributions à la physiologie de la rate. II-e note. La sécrétion et la composition de la bile chez les animaux privés de rate, in *Archiv. ital. de Biol.*, XXXIII, 1900, p. 359; — v. şi *Archiv. f. Anat. u Physiol.*, Physiol. Abth., 1899, p. 60; sau *Policlinico*, VI, 1899.

„Printr'o legătură logică am fost adus să cuget că, *coeteris paribus*, la ficatul unuĭ câine lipsit de splină, trebue să vie, în unitatea de timp, o cantitate maĭ mică de pigment sanguin; cea ce revine a ḑice că, în unitatea de timp, celulele hepatice elaboréză maĭ puţin pigment biliar".

In scopul d'a verifica acéstă hypothesă, Pugliese practică, pe duoĭ câinĭ, *fistula vesiculeĭ biliare*. Apoĭ, după 55 ḑile, începe a culege bila şi caută într'ênsa proporţia pigmenţilor biliari, a residuuluĭ uscat şi a mucineĭ.

Maĭ târḑiŭ, el extirpă splina celor duoĭ câinĭ şi „la o periódă depărtată de splenectomie" el reîncepe a aduna bila asupra căreia repetă analysele făcute înaintea ablaţieĭ splineĭ.

Iată technica întrebuinţată în aceste analyse, resumată de însuşi autorul (1): «Cercetarea cea maĭ importantă pentru scopul meu a fost d'a stabili conţinutul bileĭ în substanţă colorantă, înainte şi după splenectomie. Ne possedând un bun spectrophotometru, a trebuit să recurg la methode approximative... Am recurs deciĭ la construcţia uneĭ scărĭ chromatice.... Am precipitat o cantitate fixă de bilă cu de 4 ori volumul sĕu de alcool, am lăsat să se depue mucina; licidul filtrat adus întotd'auna la acelaşĭ volum a servit pentru construcţia scăreĭ chromatice. In acest scop am întrebuinţat probete de sticlă, identice ca înălţime, ca diametru şi ca capacitate, pe care le-am comparat între ele.

Pentru ca să am şi o idee aproximativă despre cantitatea de bilirubină conţinută în differitele licide filtrate, am comparat colórea pe care o avea licidul în seria micilor tuburi cu acea ce se obţine disolvând o óre-care cantitate de bilirubină în chloroform (3) (4 miligr. în 20 cent. cubĭ de chloroform)».

Iată acum *resultatele* acestor analyse: „Cantitatea, densitatea, residuul sec şi extractul alcoolic al bileĭ nu se modificară în urma splenectomieĭ, nicĭ în mod constant, nicĭ în mod notabil". Dar, „în cele duoă experienţe, după ce am extirpat splina, *pigmenţiĭ biliarĭ diminuară în mod considerabil cu maĭ mult de jumătate*“.

---

(1) Pugliese. *Arch. ital. Biol.*, XXXIII, 363, 1900.

(2) Vom face să se remarce că, adăogând la bilă 4 volume de alcool absolut nu se obţine întotd'auna precipitarea totalităţiĭ mucineĭ conţinută în acéstă bilă. Adessea ni s'a întâmplat ca, chiar după adăogarea a 8 volume de alcool, să avem un precipitat când adăugam licidului filtrat şi limpede, o nouă cantitate de alcool.

(3) Adăogarea alcooluluĭ, agitarea amesteculuĭ, filtrarea sa, spălarea filtruluĭ cu alcool ferbinte, tóte aceste manipulaţii, la care autorul supune bila, înainte d'a 'ĭ determina proporţia de pigment, — au drept effect d'a transforma, cel puţin parţial, bilirubina în biliverdină. Astfel că resultatele comparaţieĭ soluţieĭ alcoolice (amestec de bilirubină şi de biliverdină), cu o soluţie chloroformică titrată de bilirubină, sunt illusoriĭ.

Un alt inconvenient al acesteĭ methode este că mucina, precipitată prin alcool, fixéză o óre-care cantitate de pigment, care nu póte fi ridicat nicĭ măcar prin o spălare prelungită cu alcool ferbinte.

Aceste consideraţiĭ ne-au obligat să nu adoptăm, asupra acestuĭ punct, methoda d-luĭ Pugliese (v., maĭ departe, *Methoda*).

„Mĕ cred decĭ autorisat să conchid, — ḑice autorul, — că câiniĭ fără splină elimină o fiere cu mult mai puţin bogată în pigmenţĭ biliarĭ“.

„Mĭ se pare decĭ,—adaogă el,—că există un mare fond de adevĕr în hypotesa,—întrevĕḑută în parte de către Ponfick,—care atribue splineĭ funcţia importantă d'a *accumula* şi d'a conduce la ficat, prin vêna portă, *materialul necessar cellulelor hepatice pentru formarea pigmenţilor biliarĭ.* Odată splina extirpată, acest material se respândesce in tóte organele,— şi mai alles in mĕduva ósselor,—şi nu maĭ ajunge la ficat de cât puçin câte puçin şi prin circulaţia generală. Prin urmare, ficatul, avênd o maĭ mică cantitate de material de elaborat, va elimina maĭ puçinĭ pigmenţĭ biliarĭ.“

Intr'o publicaţie ulterióră (1), Pugliese reia cestiunea şi, pentru ca să se assigure că „cellula hepatică era normală ca funcţionare, am urmărit,—dice el,—la câinĭ cu fistulă biliară permanentă, înainte şi după splenectomie, cursul unuĭ alt processus specific propriŭ ficatuluĭ, formarea *acidilor biliari.*“ Proporţia acestor acidĭ fu determinată dosând sulful uneĭ anumite cantităţĭ de extract alcoolic al fiereĭ. Autorul repetă, afară de acésta, analysele făcute în experienţele precedente. Aceste cercetărĭ fură făcute pe duoĭ câinĭ: o căţea normală şi un câine splenetomisat.

„Resultatele acestor nouĭ cercetărĭ concordară pe deplin cu acele ale experienţelor precedente. Splenectomia nu avu o influenţă sigură asupra cantităţiĭ bileĭ secretate şi nu modifică în mod notabil nicĭ residuul sec, nicĭ extractul alcoolic al fiereĭ. Dar, ca şi în rêndul trecut, *după ce s'a extirpat splina, pigmenţiĭ biliarĭ diminuară în mod considerabil,* în aşà grad că se obţinù o fiere fluidă, nemucósă, care colora fórte puçin degetele. Se maĭ găsì, că proporţia la sută a cenuşeĭ bileĭ oscillă între limite fórte rĕstrânse şi determinarea conţinutuluĭ fiereĭ în sulf, adecă în acidĭ biliarĭ, conduse la aceiaşĭ conclusie. *Splenectomia nu modifică decĭ proprietatea celluleĭ hepatice d'a elabora acidii biliarĭ.*“

Cercetările d-lor Charrin şi Moussu.

D-niĭ Charrin şi Moussu (1) au reluat de curând cestia şi au ajuns la conclusiĭ care, până la óre-care punct, confirmă pe acele ale d-luĭ Pugliese. „Cercetările nóstre,—ḑic aceştĭ autorĭ,—ne autorisă să conchidem că splina exercită asupra ficatuluĭ o acţiune incontestabilă; acéstă acţiune, — probabil în afară de influenţele hematopoietice, antitoxice, marţiale, etc., — consistă essenţial în o *funcţie biligenică*, a căreĭ importanţă este legată de acea a însăşĭ bileĭ.“

---

(1) Pugliese. *Archiv. ital. de Biologie*, XXXVIII, p. 257, 1902. V. şi *Bull. d. sc. Med. di Bologna*, s. VIII, vol. I, 1901, Décembre.

(1) Charrin et Moussu. Physiologie de la rate (fonction biligénique). In *C. R. Acad. des Sciences*, Paris, 1905, p. 1118.

Lucrarea nóstră era terminată când a appărut comunicaţia d-lor Charrin şi Moussu.

Iată technica urmată de aceştĭ autorĭ în cercetările lor, şi resultatele pe care le-aŭ obţinut.

Maĭ ânteiŭ, eĭ aŭ practicat pe câinĭ (în numĕr de 16), o *fistulă* în fundul bĕşiceĭ fiereĭ şi aŭ analysat fierea care se scurgea printr'ênsa.

Apoĭ, eĭ au *extirpat splina* acestor animale; „de patru orĭ, acéstă ablaţie a fost făcută 8 şi 15 ḑile după creaţia fistuleĭ; la 12 animale ea a fost practicată fără asceptare.“

In urmă, eĭ au analysat din nou fierea, şi iată *resultatele* pe care le-au obţinut: Chiar de a duoa ḑi după splenectomie şi maĭ alles după 4 6 ḑile, „*de obiceĭ, bila se decolorésă în parte*“; «diversele sale elemente devin maĭ puçin abundente“.

Aceste resultate sunt încrise în tabla următóre:

	Apă	Extras sec	Materiĭ minerale	Materiĭ organice
Câine normal . . .	83.8	16.1	1.2	15
Câine cu fistulă biliară	89(83.5—93.7)	10 (6.3—16.5)	1.10(0.8—1.5)	9 (6.7—15)
Câine cu fistulă splenectomisat . . .	96.4	3.2	0.6	2.7

Cifrele acesteĭ table (mediĭ a 20 de analyse) reprezintă cantităţĭ rapportate la 100 c. c. de bilă.

Ele arată maĭ ânteĭ,—cea ce se scia de mult,—că fierea ce provine din o fistulă este maĭ diluată decât acea ce este luată din o bĕşică normală.

Ele maĭ arată, — cea ce nu se scia până acum, — că:

1) fierea, care curge prin o fistulă, este şi maĭ diluată după splenectomie ca înaintea acesteĭ operaţiĭ;

2) acéstă fiere conţine relativ maĭ puçine materiĭ organice după splenectomie ca înaintea acesteĭ operaţiĭ.

Dacă examinăm cu attenţie resultatele d-lor Charrin şi Moussu constatăm că diluaţia fiereĭ, observată după splenectomie, este puçin importantă fiind date ciffrele appropiate obţinute înainte de splenectomie (v. Tabla).

Aceştĭ autorĭ au maĭ constatat, după splenectomie, o micşorare notabilă a proporţieĭ materiilor organice conţinute în fiere. Or, aceste materiĭ organice sunt: pigmenţiĭ şi sărurile biliare, pseudo-mucina, cholesterina, şi slabe cantităţĭ de lecithine, de grăssimĭ neutre, de săpunurĭ, de ureă. Resultatele numerice date de d-niĭ Charrin şi Moussu nu ne dau nicĭ o desluşire asupra natureĭ substanţelor organice asupra cărora pórtă micşorarea. Este adevĕrat că aceştĭ autorĭ ne spun că *fierea se decolorésă parţial după splenectomie;* dar, proporţia pigmenţilor conţinuţi în fiere este atât de minimă că micşorarea eĭ nu póte influenţa în mod atât de considerabil asupra pondereĭ extractuluĭ uscat. Acelaş lucru se póte ḑice şi despre cholesterină, despre lecithine, despre grăssimĭ şi despre săpunurĭ care se găsesc în fiere în cantităţi relativ minime.

Micşorarea considerabilă a ponderei extractuluĭ uscat, notată de autorĭ, după splenectomie, nu póte deci să se raporte decât la *mucină* şi la *sărurile biliare*.

Or, în acest cas, resultatele d-lor Charrin şi Moussu nu concordă cu acele ale d-luĭ Pugliese care a găsit că splenectomia nu modifică în mod considerabil nicĭ residuul uscat, nicĭ extractul alcoolic al fiereĭ, nicĭ proporţia sărurilor biliare.

Dar, ce e maĭ mult, resultatele d-lor Charrin şi Moussu nu sunt, ca să ḑic aşà categorice. „Ni se pare util să indicăm, — ḑic aceştĭ autorĭ, — că în special la subjectele experienţelor nóstre, bila presintă în composiţia sa *numeróse variaţii* datorite fără îndoială, în parte, unor influenţe nervóse circulatóre, alimentare, etc. Vechimea fistuleĭ care, uneorĭ, are, póte, vre-o influenţă asupra ficatuluĭ, sau chiar şederea licidului în interiorul bĕşiceĭ, diverşĭ factorĭ sunt susceptibili d'a aveà o acţiune asupra acesteĭ composiţiĭ".

Eĭ constată marĭ oscilaţiĭ în composiţia bileĭ la câinii purtătorĭ de fistulă biliară, dar avênd splina intactă. Eĭ constată aceste oscilaţiĭ chiar la câinii normalĭ. „Totuşĭ,—adaogă eĭ,—orĭ cât de indiscutabile ar fi aceste oscilaţiĭ, ele nu sunt în general, nicĭ odată atât de pronunţate ca în casurile de extirpare a splineĭ".

Avem decĭ aface cu o simplă *cestie de plus sau de minus.*

„Să adăogăm — ḑic autoriĭ,—că, *cu timpul differenţele se attenuează:* par'că se stabilesc supliniri".

Modificărĭ puţin precise în composiţia fiereĭ, modificărĭ care cu timpul se attenuează,—acestea sunt, în resumat, resultatele splenectomieĭ în experienţele d-lor Charrin şi Moussu.

* * *

D-l Pugliese şi d-niĭ Charrin şi Moussu conchid, din cercetările lor, că *splina jócă un rol important în formarea fiereĭ.*

Or, resultatele la care ne-au condus propriele nóstre cercetărĭ, nu concordă câtuşĭ-de-puçin cu o assemenea conclusie ; — cea ce este datorit faptuluĭ că methoda pe care am întrebuinţat-o differă de acea care a fost urmată de aceştĭ distinşi experimentatorĭ.

CERCETARI PERSONALE

I. Methodă şi technică.

Pentru a stabili dacă splina are, sau nu, vre-o influenţă asupra secreţieĭ fiereĭ, trebue să analysăm fierea înainte şi după splenectomie.

Dar, cum să ne procurăm fierea necessară acestor analyse?

Prima idee care se presintă este d'a practica o *fistulă* în fundul bĕşicii biliare şi d'a strânge licidul care se scurge printr'ênsa. Acesta a fost, de alt-fel, modul d'a proceda al D-lor Pugliese, Charrin şi Moussu, şi chiar şi al nostru la începutul acestor cercetărĭ.

Totuşi, am băgat curând de sémă că fierea, obţinută în aceste condiţiunĭ, *nu este normală* şi n'are o composiţie constantă,—lucru ce era de prevĕdut. Intr'adevĕr, din causa stabilireĭ fistuleĭ bĕşicii şi maĭ ales din causa legătureĭ choledoculuĭ, fierea, ne maĭ pătrunzând în intestin şi resorpţia eĭ intra-intestinală ne maĭ producându-se, ea'şi modifică composiţia: proporţia pigmenţilor şi a sărurilor eĭ organice devine forţat maĭ mică ca în stare normală.

Dar, acesta nu este unicul inconvenient al methodeĭ fistuleĭ. Nu numaĭ că nu este întot-d'a-una uşor d'a face ca câinii să-şi păstreze canulele, pe carĭ, cu tóte precauţiunile luate, ei le smulg mereŭ,—dar adessea, prin singurul fapt al presenţeĭ canuleĭ şi al communicaţieĭ anormale a căilor biliare cu exteriorul, se produce o iritaţie şi chiar o inflamaţie suppurativă a păreţilor bĕşiceĭ, care se tumefiază şi secretă un exsudat sero-mucos, une-orĭ muco-purulent care se amestecă cu bila, aşà că trebue să se ferésca cine-va să ia drept bilă produsul care se scurge prin canulă, cel puţin în cursul primelor săptămânĭ ce urméză stabilireĭ fistuleĭ.

In fine, orĭ-ce s'ar dice, un animal purtător de fistulă biliară, se află în condiţiunĭ de digestie care sunt departe d'a fi normale.

Prin urmare, — cu methoda fistulelor vesicale, — observaţiile sunt făcute pe o *bilă anormală*; resultatele obţinute în aceste condiţiĭ sunt suspecte şi nu pot fi rapportate, fără control prealabil, la *bila normală*, — lucrarea nóstră avênd drept scop a căutà influenţa splenectomieĭ asupra producereĭ *bilei normale*.

Fiind nevoit să alleg o altă methodă, am procedat în modul următor:

In o primă serie de experienţe (v. Tabla I), am luat câinĭ sănătoşĭ de differite mărimĭ (greutate coprinsă între 7 kilogr.

și 20 kilogr.) și am analysat fierea conținută în vesicula lor biliară (1) (27 analyse).

In o a duoa serie de experiențe (v. Tabla II), am luat câinĭ de differite mărimĭ (greutate coprinsă între 7 kilogr. și 19 kilogr.) și le am *extirpat splina* (2). In urmă, după 17—158 ḑile am analysat fierea găsită în bĕșica lor biliară (19 analyse).

In fine, în o a treia serie de experiențe (v. Tabla III), făcute pe treĭ câinĭ, aprópe de aceașĭ mărime (greutate coprinsă între 7 și 8 kilogr.), nutrițĭ numaĭ cu mămăligă de porumb, *am analysat, la acelașĭ animal, de maĭ multe orĭ, fierea* (cullésă prin puncție aspiratrice a bĕșiceĭ (3), după laparatomie), *înainte de splenectomie* și *după splenectomie*, la intervale de timp variând între 18 și 66 de ḑile după operație (13 analyse).

Technica.

Iată technica întrebuințată în aceste analyse:

Immediat după scoaterea ei din bĕșică, fierea este pusă în recipientul colorimetrului Dubosq și se notéză înălțimea coloanei de bilă care are o colóre identică cu acea a unei sticle colorate etalon (4).

In urmă, o anumită cantitate de fiere (5 c. c. de exemplu), mĕsurată întotdeauna cu o aceași pipetă gradată, este cântărită în o balanță de precisie. Avem astfel *ponderea bilei.*

Bila cântărită este evaporată, mai întêi în o bae-marie, apoi în o etuvă cu glycerină, regulată la 115°,—până la uscare complectă, adică până ce ponderea sa să rămâe constantă. Cifra astfel obținută represintă, în grame, *residuul sec* al fierei. Această cifră scăḑută din ponderea bilei, dă *proporția apei.*

---

(1) Cantitatea de bilă găsită în vesiculă a variat, mai alles cu mărimea câinilor, între 8 și 30 cent. cubĭ.

(2) In unele casurĭ, în acelașĭ timp ce scoteam splina, înpingeam, prin compresie cu degetele, conținutul vesiculeĭ în intestin.

(3) O objecție care ar putea fi adressată methodei nóstre este că, analysând bila conținută în bĕșică, nu cunóscem cantitatea produsă în 24 ore pentru a'i raporta resultatele. Objecția este seriósă, dar ea pierde din valórea sa în fața faptului că bĕșica unui aceluiași animal, menținut în condiții identice conține întotd'auna aproape aceeași cantitate de fiere și că composiția acestei fieri, la câinii normali, este remarcabilă prin constanța sa (v. Tablele). Dar, ce e mai mult, cercetările nóstre nefiind decât comparative, resultatele lor sunt îndestul de precise din momentul ce ne permit să stabilim o parallelă între fierea animalelor cu splina intactă și acea a animalelor splenectomisate.

(4) In trei casuri colórea bilei vesiculare a fost cam verzuiu, necorespunzând aceleia a sticlei etalon; nu vom ține socoteală de aceste cazuri în prezentul memoriu.

Residuul sec este carbonisat (într'un creuset de platină); apoi este tratat cu apă distilată ferbinte, care disolvă sărurile solubile și mai ales chlorurile.

După filtrare, se incineréză restul cărbunos; iar cenușei obținute se adaogă licidul filtrat, se evaporéză la bae-marie, se usucă la etuvă (115°) până când ponderea rămâne constantă. Ponderea, astfel obținută, represintă *cenușa* sau mai bine ḑis, partea minerală a fierei.

O altă cantitate de fiere (5 c. c. de exemplu), exact mĕsurată cu pipeta gradată, este evaporată la bae-marie până la consistența sirupósă. Ea este în urmă tratată, la cald, în bae-marie, de mai multe ori, cu alcool absolut. Se produce un precipitat abundent și, pentru ca acest precipitat să fie total, e necessitate de un mare exces de alcool, adecă de mai bine de 100 c. c. pentru 5 c.c. de fiere. Se filtréză printr'un filtru cântărit. Residuul este spălat cu alcool și uscat, în etuvă la 115°, până ce ponderea sa rămâne constantă. Ponderea astfel obținută represintă *pseudo-mucina* plus *sărurile minerale insolubile în alcool*, cu un cuvânt, *residuul alcoolic*.

Licidul filtrat este evaporat la bae-marie, uscat la etuvă (115°), carbonisat cu precauție și, în cele din urmă, incinerat. Cenușa este disolvată în apă distillată ferbinte, acidulată cu acid chlorhydric. Acestei soluții i se adaogă apoi, un exces din o soluție concentrată de Chlorur de Baryum până ce nu se mai produce precipitat alb. Acest precipitat, reținut pe un filtru (fără cenușe) este spălat cu apă acidulată *(H Cl.)*, apoi cu apă distillată ferbinte, în fine este calcinat și cântărit. Ponderea obținută represintă, sub formă de *sulfat de Baryum*, sulful conținut în acidii organici (a. taurocholic) al fierei câinelui.

2. Resultate.

Resultatele cercetărilor nóstre sunt resumate în următórele treĭ table:

Tabla I-a dă ciffrele obținute în 27 analyse de fiere, găsită în bĕșica câinilor cu splina intactă. Aceste ciffre se rapportă la 10 c. c. de fiere.

TABLA I.

Bila câinilor cu splina intactă.

ANIMALE			10 CENT. CUBI DE BILĂ						
	Sex	Greutatea kgr.	colóre	Pondore gr.	Extract sec gr.	Apă gr.	Cenușe gr.	Resid. alcool	SO⁴Ba gr.
1	Câine	17.700	1.0	10.400	2.336	8.064	0.200	—	0.100
2	Câine	16.750	2.5	10.350	2.070	8.280	0.180	0.096	0.086
3	Câine	7.100	2.5	10.376	1.880	8.496	0.196	—	—
4	Același	„	2.5	10.350	2.320	8.030	0.210	—	—
5	Cățea	17.850	3.0	10.390	2.300	8.090	0.175	0.124	—
6	Câine	—	3.5	10.325	2.240	8.085	0.210	—	—
7	Cățea	10.800	4.5	10.290	1.940	8.350	0.190	0.060	0.090
8	Aceeași	—	4.5	10.225	1.375	8.350	0.150	0.075	0.075
9	Câine	—	5.0	—	—	—	—	—	—
10	Câine	20.000	5.0	—	—	—	—	—	—
11	Câine	8.050	6.0	10.300	1.950	8.350	0.190	0.050	0.060
12	Câine	7.950	6.5	10.356	1.700	8.656	0.180	—	—
13	Același	„	4.0	10.320	1.960	8.360	0.192	—	—
14	Câine	8.300	7.0	10.376	2.120	8.256	0.200	—	—
15	Același	„	6.0	10.360	1.960	8.400	0.190	—	—
16	Cățea	9.700	7.0	10.340	2.300	8.040	0.190	0.040	—
17	Càțea	—	7.0	—	—	—	—	—	—
18	Câine	18.800	8.0	10.475	2.285	8.190	0.200	0.050	0.080
19	Câine	—	15.0	—	—	—		—	—
20	Câine	7.600	16.0	10.304	1.630	8.674	0.164	—	—
21	Același	—	4.5	—	—	—	—	—	—
22	Același	—	4.0	—	—	—	—	—	—
23	Câine	10.900	—	10.480	1.720	8.760	0.180	—	—
24	Câine	12.250	—	10.140	—	—	—	—	—
25	Cățea	14.600	—	10.300	—	—	—	—	—
26	Cățea	—	—	10.480	2.200	8.280	—	—	—
27	Câine	18.500	—	10.480	2.200	8.280	0.180	—	—

Acéstă tablă arată că, la câiniĭ cu splina intactă, *composiția fiereĭ bĕșiceĭ este aprópe constantă* și că singură cantitatea materieĭ pigmentare și a mucineĭ (residuu alcoolic) variază în proporțiĭ considerabile cu individiĭ și chiar la un individ dat.

Intr'adevĕr, fierea bășiceĭ câinilor, *în stare normală*, este uneorĭ fórte bogată în colóre; alte orĭ ea are o colóre medie; câte odată, în fine, ea este fórte puçin colorată. Acéstă differență în proporția pigmenților biliarĭ nu este datorită diluțieĭ, maĭ mult sau maĭ puçin considerabilă a bileĭ, căcĭ densitatea acesteĭ bile ca și proporțiele celor l'alte elemente ale sale (extract sec, cenușe, acidĭ biliarĭ) rĕmân aprópe constante.

Tabla II-a conţine cifrele obţinute în 19 analyse de fiere găsită în bĕşica câinilor splenectomisaţi de 9—158 de zile. Aceste ciffre correspund la 10 c. c. de bilă.

TABLA II-a

Bilă de câini splenetocmisaţi.

ANIMALE			10 cent. cubĭ de bilă							
	Sex	Greutatea k.	Colóre	Pondere gr.	Extr. sec. gr.	Apă gr.	Cenuşe gr.	Res. alc. gr.	SO^4Ba gr.	Dile (1)
1	Câine	17.000	1.0	10.350	2.440	7.910	0.190	0.194	0.090	158
2	Câine	8.050	1.5	10.250	1.965	8.285	0.190	0.250	0.090	23
3	Acelaşi	7.700	2.0	10.350	2.075	8.275	0.200	0.165	0.090	41
4	Câine	16.150	2.7	10.350	1.890	8.460	0.175	0.120	0.080	41
5	Câine	17.700	5.0	—	—	—	—	—	—	9
6	Câine	7.100	6.5	10.370	1.980	8.390	0.190	—	—	18
7	Acelaşi	—	1.7	10.350	2.300	8.050	0.200	—	—	36
8	Căţea	18.900	7.0	10.350	2.000	8.350	0.160	0.066	—	89
9	Aceaşi	—	5.0	—	—	—	—	—	—	107
10	Câine	19.450	7.3	10.350	2.000	8.350	0.175	0.064	0.080	45
11	Câine	8.300	6.5	10.400	2.230	8.170	0.200	—	—	21
12	Acelaşi	„	6.5	10.340	2.230	8.110	0.196	—	—	39
13	Acelaşi	8.500	7.0	10.380	2.380	8.000	0.194	—	—	56
14	Acelaşi	9.350	15.0	10.310	1.690	8.620	0.176	—	—	66
15	Căţea	12.100	închis à	10.680	2.240	8.440	0.200	0.250	—	55
16	Căţea	14.900	„	10.480	2.280	8.200	—	—	—	60
17	Căţea	13.120	„	10.440	—	—	—	—	—	33
18	Câine	16.500	„	10.400	2.440	7.960	0.180	0.240	—	17
19	Câine	11.500	„	10.240	2.400	7.840	0.185	0.132	0.094	156

Acéstă tablă probéză că, la câiniĭ fără splină, bila vesiculară nu differă în mod considerabil, — ca colóre şi ca composiţie, — de acea a câinilor cu splina intactă.

Tabela III-a conţine ciffrele obţine în 13 analyse de fiere găsită în bĕşica a trei câinĭ, *înainte* şi *după* splenectomie. Aceste ciffre se rapportă la 10 c.c. de bilă.

---

(1) In acéstă colónă se află indicat numĕrul ḑilelor coprins între splenectomie şi analysa bileĭ.

TABLA III.

Bila câinilor înainte şi după splenectomie.

ANIMALE			10 cent. cubi de bilă								
	Sex	Greutatea krg.	Colóre	Pondera gr.	Extr. sec gr.	Apă gr.	Cenuşe gr.	Resid. alc.	SO4 Ba	Splenectomie	Dile (1)
1	Câine	8.300 —	6.0 6.0	10.376 10.360	2.120 1.960	8.256 8.409	0 200 0.190	— —	— —	înainte înainte	— —
		— — 8.500 9.350	6.5 6.5 7.0 15.0	10.400 10.340 10 380 10.310	2 230 2.230 2.380 1.690	8.170 8.110 8.000 8.620	0.200 0.196 0.194 0 176	— — — —	— — — —	după după după după	21 39 56 66
2	Câine	7.100 —	2.5 2 5	10.376 10.500	1.880 2.320	8.496 8.030	0.196 0.210	— —	— —	înainte înainte	— —
		— —	6 5 1.7	10,370 10.350	1.980 2.300	8.390 8.050	0.190 0.200	— —	— —	după după	18 36
3	Câine	8.050	6.0	10.300	1.950	8.350	0.190	0.050	0.060	înainte	—
		— 7.700	1.5 2.0	10.250 10.350	1.965 2.075	8.285 8.275	0.190 0.200	0.250 0.165	0 090 0.090	după după	23 41

Această tabelă probează că, la un acelaş animal, splenectomia nu modifică, întotdeauna şi nicĭ în mod constant, composiţia bilei.

3. Concluzii.

In resumat:

1. Bila vesiculară a câinilor splenectomisaţĭ nu differă în mod notabil, ca composiţie, de bila vesiculară a câinilor cu splina intactă.

2. La acelaşĭ câine, nu este differenţă notabilă şi constantă între composiţia bilei vesiculare, înainte şi după splenectomie

Nu există deci nicĭ o relaţie manifestă între funcţia splinei şi secreţia fierei de către ficat.

---

(1) In acéstă colónă se află indicat numĕrul ḑilelor care au trecut de la splenectomie până la analysa bileĭ.

Dr. G. Z. Petresco
Médecin des Fondations Brancovan.

Les foyers de prolifération dans la syphilis et le Spirochaete pallida.

La question du développement anormal de syphilides sises au voisinage du chancre induré a été le sujet de maintes discussions et récemment encore elle a été ramenée sur le tapis à la *Société Française de Dermatologie*, à l'occasion de plusieurs cas remarquables à ce point de vue. M. Hallopeau s'est attaché à démontrer qu'il n'y avait pas là une relation fortuite, mais un fait ayant de l'importance au point de vue de la pathologie générale des syphilides. Une série d'observations de cet auteur seul ou avec Morel-Lavallée, avec Teysseire, avec Deroy, ont établi en outre la fréquence relative des cas de cette nature.

Cette question nous a aussi semblé d'une haute portée pathogénétique, grâce à plusieurs particularités cliniques s'y rattachant, qui n'ont pas encore été groupées, quoique connues de lonque date, et surtout à cause de certaines considérations et déductions rationnelles, ayant trait à l'évolution de la syphilis dans ses premières phases, qu'il est permis d'en tirrer. On est amené, notamment, à reconnaître que la généralisation plus ou moins rapide de l'infection syphilitique par la voie sanguine n'est pas le seul travail qui s'opère durant la période de seconde incubation; que le virus pathogène est la cause d'autre processus, localisés en des foyers plus ou moins limités et leur voisinage, processus qui peuvent durer assez longtemps ou encore se reproduire à toute époque de la maladie et surtout constituent eux-mêmes un mode de propagation des plus actifs du virus dans l'organisme.

Ce n'est, cela va sans dire, qu'en soumettant les faits au crible d'une analyse des plus sérieuses, en en faisant ressortir tous les détails et en les comparant entre eux pour pouvoir grouper ceux dont l'analogie est presque parfaite, que l'on parvient à recueillir tous les renseignements qu'ils comportent et à les interpréter d'une façon satisfaisante pour l'esprit. C'est ce qui est notre but en abordant cette étude.

⁂

Lorsqu'au voisinage d'un accident primaire, et presqu'à l'exclusion d'autres régions, existent une série d'éléments éruptifs spécifiques agglomérés ou même rien qu'un élément ayant des dimensions peu communes, on est forcé de présumer que la proximité du foyer primitif de l'infection n'a pas été sans influence sur l'éclosion en ce lieu des éléments en question, ainsi que sur leur développement éxagéré ou leur nombre. Il se fait en effet, après l'infection, au niveau du point par lequel celle-ci pénètre dans l'organisme, une pullulation du virus spécifique dont le chancre induré est la première preuve évidente. L'infection de ce chef se renforce; et le regain de forces que le virus acquiert à la faveur d'un terrain de culture tout neuf, s'épuisera nécessairement en plus grande partie sur les tissus situés alentour de la lésion initiale, lorsque le courrant lymphatique entrainera ce virus vers les ganglions. La réaction de ces tissus sera d'autant plus forte que le virus. dans son chemin, les traversera plus tôt. L'imprégnation infectieuse du territoire lymphatique environnant se fait donc en décroissant du centre, constitué par la lésion initiale, vers la périphérie que marquent les groupes ganglionnaires les plus proches. Et si dans ces parrages, les lésions sont si prêtes à faire explosion, sous l'influence de quelque irritation ou excitation de cause externe, si elles y apparaissent aussi florides et exubérantes, c'est dabord parceque, comme le dit Lesser, le virus syphilitique arrive à la surface par les voies lymphatiques plus rapidement qu'il ne gagne le reste de l'organisme par la voie sanguine; ensuite parceque, tant que persiste l'activité du foyer initial et même quelque temps après sa disparition, un surplus ou un reste de virus peut encore être versé de temps à autre aux alentours de ce foyer.

Mais il n'y a pas que le chancre qui puisse être le point de départ d'intra-inoculations de cette espàce. Tout ganglion est un milieu propice au développement du virus qui y parvient, et si même, en retenant une certaine quantité de ce virus, il assure en partie la sauvegarde de l'organisme, il n'en constitue pas moins un nouveau foyer de prolifération suffisant aux intrainoculations d'un territoire plus ou moins étendu. De même toute éruption secondaire à tendance centrifuge, localisée dans une région quelconque et systématisée autour d'un élément qui l'emporte en dimension sur tous les autres d'une manière tout à fait frappante, pourra être considérée comme relevant d'un processus identique à celui que nous avons décrit pour le chancre. L'élément central est le lieu d'où partent les germes de toute cette éruption.

Il se dégage de ces considérations la notion très exacte d'une progression par à-coups de l'infection syphilitique, qui peut avoir lieu en dehors ou à côté de la généralisation courrante par la voie sanguine. Elle est limitée dans le premier cas au territoire lymphatique d'un seul foyer, le chancre; en intéresse au contraire un nombre variable, dans le second cas, où elle ne joue que le rôle d'un complément de généralisation, mais son mécanisme est toujours identique à lui mâme, notamment celui d'une infection locale secondaire par la voie lymphatique. Il n'ya même pas à proprement parler, dans la marche de la syphilis, de périodes lymphatique et sanguine nettement différentiables. Le chancre, foyer premier, fournit son contage aussi bien à la circulation sanguine qu'au système lymphatique et le ganglion—pour parler le langage si expressif de Landouzy—*aboutissant de syphilose par voie lymphatique ou sanguine, devient recommencement de vérole* par voies sanguine et lymphatique. Qu'à une certaine échéance, plus ou moins rapprochée du début du mal, il y ait donc diathèse ou non, l'organisme n'en est pas moins accessible à tout moment aux progrès du contage spécifique de proche en proche, dans un ou plusieurs territoires bien délimités. Et ce n'est en somme qu'une reproduction en petit, partielle ou régionale, de l'évolution générale de la maladie, à laquelle nous assistons. La syphilis en effet suit son cours avec relais; l'infection a beau être générale, elle forme dans l'organisme des dépôts isolés qui assurent ses réveils après des périodes de latence et qui sont en outre capables de se multiplier, en engendrant directement des éléments secondaires de virulence moindre.

De tout cela se dégage encore en toute évidence cette autre notion que le virus naissant du chancre induré ou du bouton initial quel qu'il soit, doit l'emporter en activité sur celui qui, élaboré ultérieurement dans les processus d'intensités diverses s'enchainant par intra-inoculation, sera la cause de nouveaux accidents. La concordance des observations de ce genre a conduit Hallopeau à formuler la loi syphiligraphique suivante: *Toute localisation de la syphilis dans une partie jusque là vierge d'altérations y présente une activité pathogénétique plus grande que les éléments qui lui succèdent par intrainoculation et, s'il y a plusieurs de ces générations succesives, chacune d'elles décroit en intensité.*

* * *

Il y a du reste d'autres faits encore qui, joints aux précédents, permettraient d'édifier une doctrine de la transformation du virus et de son atténuation progressive au fur et à mesure que la circulation l'entraine et le sème loin des foyers de prolifération.

C'est dabord la mutation du chancre en papule, soit qu'à une époque moyenne ou terminale de son évolution il perde peu à peu sa physionomie pour gagner celle d'une syphilide papulo-érosive (Davasse et Deville), soit surtout lorsque des lésions secondaires, développées à son pourtour, le cernent et l'absorbent à mesure qu'elles prolifèrent, au point de se fusionner avec lui (Fournier). Puis la plupart des cas de chancre indurés successifs, qui ne concernent somme toute que des ulcérations chancriformes d'origine lymphatique. Car il est difficile d'admettre qu'à des intervalles allant dans certains cas jusqu'à un mois (Ullmann, Queyrat), de nouvelles inoculations en une région limitée soient encore possibles chez des syphilitiques en période d'incubation. Cela est en contradiction avec l'expérimentation et puis, sans vouloir avec Ricord, Fournier, von Boerensprung, von Sigmund etc., faire du chancre l'expression d'une maladie déja générale, nous supposons que l'adénopathie dure qui l'accompagne fatalement dès le début si elle ne le précède témoigne d'une réaction de défense ayant pour résultat positif une immunité locale rendant toute extrainoculation dans cette aire impossible. C'est *l'immunité régionale* de Gaucher.

Quant aux agents virulents qui de bonne heure imprégnent tout le rayonnement lymphatique émanant du chancre, sans pour cela provoquer forcément des phénomènes de réaction visibles, ils suffisent à tenir longtemps cette région en état d'imminence morbide. Les causes les plus banales, feront le reste.

D'autant plus inutile est il d'invoquer la contamination immédiate des parties contiguës à l'ulcération primaire, pour expliquer l'éclosion de papules génitales contemporaines de cet accident ou suivant de près sa cicatrisation. C'est à propos des cas pareils que l'on pourrait dire comme Ricord: „Ceux qui professent cette doctrine (auto-contagion) n'oublient qu'une *petite circonstance*, c'est de tenir compte de l'infection constitutionnelle (l'immunité régionale, dirions nous) du malade . . .".

Une autre série de faits qui viennent à l'appui de la théorie de la propagation par intra-inoculations secondaires et de l'atténuation parallèle du virus, comprend les nombreux cas de reproduction d'une éruption syphilitique, affectant exclusivement les mêmes points qui furent le siège de manifestations précédentes: Éclosion de syphilides papuleuses autour de cicatrices d'anciennes ulcérations. tantôt sur le bord même de celles-ci, tantôt à leur centre, tantôt à leur périphérie où elles peuvent affecter une disposiţion en corymbes avec la cicatrice comme élément central (Cas de Balzer et François-Dainville); large placard de syphilides tuberculeuses confluentes au niveau de cicatrices laissées antérieurement par des éruptions semblables (Cas de Hallopeau et Jomier), etc. Il y a là „syphilis à jet continu" selon l'expresion de Fournier. Que le foyer persistant qui préside à ces récidives *in situ* soit dans tel ou tel élément de l'hypoderme — et c'est ici que les ganglions doivent jouer un rôle capital — peu importe, toujours est-il que ses façons de se comporter en toute occurence ne s'éloignent point de la règle énoncée plus haut.

Evidemment l'hypothèse de Hallopeau, selon laquelle certaines éruptions secondaires, notamment des syphilides à progression excentrique, laisseraient à leur suite une immunité plus ou moins durable des aires de téguments par elles envahies n'est pas acceptable. D'abord il n'y a pas de raison qu'une forme de lésions soit vaccinante tandis que d'autres ne le sont point Et puis, en admettant l'action des substances immunisantes de la syphilis à l'égard de nouvelles éruptions, il n'y aurait pas lieu de la limiter à l'aire occupée primitivement par la lésion qui provoque la naissance de pareilles substances. Elles sont en effet assez diffusibles pour empiéter sur les tissus voisins et si leur effet ici aussi devait être d'empêcher toute lésion, il n'y aurait plus de progression excentrique possible, pas plus que d'intrainoculations. Mais c'est à l'égard de ces dernières justement que nous nous refusons à concevoir la moindre immunisation, ou bien alors ce n'est pas seulement l'hypothèse de Stassano: immunité de tout le tégument après la période secondaire (?) qui serait vraie, c'est la guérison spontanée et rapide de la syphilis qui devrait se produire.

Il se peut qu'une adaptation se manifeste à la longue dans les cellules de l'organisme, aussi bien que dans le virus dont elles ont à subir les atteintes, selon l'hypothèse de Wassermann et Citron. Mais outre que ce phénomène n'est pas à vrai dire une immunisation, il suppose un contact assez prolongé entre les éléments cellulaires et les agents infectieux, et pour la syphilis surtout tout porte à croire que le contact doit être singulièrement long. Aussi la vitalité ou les revivifications des foyers isolés ont-elles tous loisirs d'exercer leur action morbifique, dans une sphère variable en raison de leur force, avant que la symbiose n'ait atténué leur virulence et rendu insensibles les éléments des tissus environants. Quoiqu'il en soit tout prouve la persistance de foyers infectieux de prolifération en dehors des manifestations visibles ou dans l'intervalle des récidives, malgré tout phénomène approchant de loin ou de près de l'immunité locale. C'est, en premier lieu, la persistence des lésions histologiques des éruptions secondaires assez longtemps après que macroscopiquement leurs éléments semblent guéris, fait constaté par Neumann, Hjelman et d'autres. Ensuite la façon dont les récidives ou réveils de syphilis en général, s'acharnent pour ainsi dire à frapper invariablement le même organe ou la même région. Une malade de Gastou avait eu depuis quatre ans tout ce que la syphilis peut produire sur la langue, depuis la plaque lisse jusqu'à la sclérose linguale en masse, en passant par les érosions, fissures, leucoplasie, gommes; et tout cela malgré des traitements aussi multiples que variés. Enfin la fixité de certaines localisations régionales, telles certaines „couronnes de Vénus" à poussées successives, dont pas un syphiligraphe n'ignore la lenteur désespérante à guérir, telles aussi ces localisations invétérées de la syphilis tertiaire, dont Dieulafoy s'est occupé dérnièrement et qui gardent le type qu'elles ont eu dès leur début, malgré une évolution locale durant souvent des années.

* * *

Viennent enfin à l'appui de notre thèse, les cas ou en dehors de la généralisation *apparente* de la syphilis, c'est à dire avant l'éclosion de la période d'éruption, des éléments secondaires d'origine et de caractères, mais chronologiquement présecondaires, se montrent en plus ou moins grand nombre au voisinage de l'accident initial. Ces lésions, lorsqu'elles existent, sont comme un trait d'union entre le chancre et l'exanthème et constituent le seul témoignage objectif de la présence du virus dans l'organisme, pendant toute la période habituellement silencieuse qui sépare les deux accidents principaux. Il s'agit communément de papules hypertrophiques qui, comme Finger et Jadassohn l'ont démontré expérimentalement, peuvent se développer *plusieurs semaines avant l'éruption de la maladie générale*, surtout aux parties génitales (siège le plus fréquent du chancre) et dans les régions de la peau qui sont très iritées. Or Finger affirme que ces lésions de voisinage „naissent non par autocontagion mais par *migration régionaire* du virus de l'affection initiale“.

Nous avons recueilli récemment trois observations de ce genre qui étudiées d'un autre point de vue ont fait l'objet d'un article publié avec Levaditi. Nous les reproduirons ici aussi succintement que possible en en faisant ressortir les points qui sont pour notre sujet du plus haut intérêt.

Observation I. — V. I., ménagère, veuve, âgée de 29 ans, entre en observation le 6 Août 1905. Chancre induré apparu il y a près de deux mois à la grande lèvre gauche, actuellement cicatrisé. Sur toute la grande lèvre, considérablement augmentée de volume, ainsi que sur le capuchon clitoridien on voit un certain nombre de syphilides papulo-hypertrophiques et érosives plus ou moins grandes et saillantes. Deux autres papules, moins saillantes, non ulcérées, occupent le pli inguinal gauche près de son extrémité interne. L'une de celles-ci atteint la grandeur d'une pièce de 50 cmes., l'autre placée à une distance d'un centimètre en dehors, est plus petite de moitié. Double adénite inguinale. Toutes ces lésions datent d'environ six semaines.

L'examen microscopique des raclages des papules labiales et inguinales permet de constater la présence du Spirochaete Schaudinn en abondance. Quant à l'examen du sang et du liquide de ponction pris dans la grande lèvre, il reste absolument négatif.

La malade dit n'avoir eu aucun autre accident et surtout pas d'éruption générale. Elle suit un traitement mercuriel pendant un mois, après quoi nous la perdons de vue sans qu'elle ait présenté de nouveaux accidents.

Observation II. — M. D., blanchisseuse, âgée de 27 ans, entrée en observation le 30 Juillet 1905. Chancre induré de la grande lèvre droite datant d'environ deux mois. Cet accident s'est dévelopé à la faveur d'une bartholinite suppurée et l'induration persiste encore au niveau de l'orifice ulcéré du conduit glandulaire. Sur toute la lèvre qui est très tuméfiée, se voit un semis de papules érosives de grandeurs différentes, mais ne dépassant pas les dimmensions de grosses lentilles. Ces éléments entourent le chancre de tous côtés, les plus rapprochés étant les plus gros. Double adénite inguinale dure et idolente. Plaques muquesses amygdaliennes. A la nuque, deux papules squameuses de dimmensions moyennes avec adénite corespondante.

L'examen des produits de raclage de ces lésions permet de constater des spirochètes en assez grand nombre. Il en est de même du liquide clair extrait par ponction de la grande lèvre tuméfiée. L'examen du sang est négatif. La malade soutient qu'elle n'a jamais eu trace d'éruption générale.

Le 3 Août nous commençons un traitement mercuriel sous forme pillulaire ce qui fait disparaître succesivement et dans un assez bref délai, les divers accidents que nons signalions. La malade a pris en un mois 80 pillules Dupuytren.

Le 20 Septembre, apparition d'une syphilide rupioïde généralisée assez cohérente; il n y a que la figure et les mains qui en sont exemptes. Nous avons cherché dans les éléments de cette éruption le Spirochaete pallida, mais vainement, car il n'existe sur aucune des dix préparations qu'elle nous a fournies. La malade est soumise à 'partir de ce jour à des frictions d'onguent napolitain et voit disparaître sa syphilide dans l'espace de quinze jours. Mais à cette date la cure dut être interrompue à cause d'une assez violente dermite vésiculeuse siégeant aux flancs et aux cuisses.

Le 29 Octobre, la dermite étant guérie depuis quelque temps, nons constatons un nouvel accident syphilitique sous la forme d'uue papule végétante ressemblant exactement à une pointe de langue, large d'un centimètre et demi et siégeant à l'extrémité interne du pli inguinal droit. Les frottis sur lamelles du suc de cette papule contiennent bon nombre de spirochètes. Nous pratiquons l'ablation de la papule et remettons la malade aux frictions. Elle ne présente plus depuis de lésions d'aucune espèce.

Observation III. — M. J., agée de 18 ans, mariée depuis deux mois et demi (mari notoirement syphilitique), consulte le 6 Août 1905. On constate à la fourche vulvaire une cicatrice parcheminée de la grandeur d'une pièce de 50 cmes. résidu probable d'un chancre induré. Double adénite inguinale, ganglions plus gros à gauche. La lésion principale consiste en un amas de syphilides papulo-hypertrophiques à aspect papillomateux sises sur la face interne des cuisses à la limite du périnée. Parmi les plus grosses, à droite l'une a la taille d'un gros haricot; elle est saillante dure et de couleur cuivrée. Une autre, à gauche, est quatre fois plus grande, en forme de plaque allongée, avoisinant la région anale et s'étend en haut vers l'extrémité interne du pli inguinal correspondant. Elle est rosée, plus aplatie que la précédente et sillonée de cannelures à forme de rides épidermiques. Çà et là autour de ces grosses papules, ainsi que sur les grandes lèvres, on aperçoit un semis de papules lenticulaires de tailles diverses ou les vestiges d'éléments avortés. Ces lésions sont apparues il y a quinze jours. Plus récemment la malade a gagné une légère dysphagie et sa voix s'est voilée. A l'examen de la gorge on constate de petites plaques muqueuses amygdaliennes Chaine ganglionnaire cervicale bilatérale très dure. Céphalalgie, alopécie, douleurs ostéocopes.

Nous mettons de suite cette femme au traitement mercuriel, ce qui n'empêche pas l'apparition, huit jours plus tard, d'une belle roséole débutant par les cuisses et s'étendant progressivement à l'abdomen et au reste du tronc. La malade dit n'avoir jamais eu rien de sembable.

Fin Septembre toutes ses lésions étant guéries depuis peu, cette femme cesse de se traiter. Mais elle nous revient le 22 Octobre, porteuse d'une grosse papule crouteuse ayant la taille d'une pièce d'un franc et située à l'angle interne du triangle de Scarpa droit. C'est la seule lésion qu'elle ait sur tout le corps. Dans cette papule, de même que dans celles que nous décrivons plus haut, nous avons trouvé un nombre appréciable de Spirochaete Schaudinn tandis-qu'il nous a été impossible d'en voir un seul dans les éléments de la roséole, malgré différents essais (raclage, piqure, vésicatoire).

Évidemment nos trois observations sont loin d'être aussi curieuses que celles de Hallopeau, du moins au point de vue clinique, car il s'agit de femmes et l'on peut dire que chez la femme les syphilides périgénitales précoces sont parmi les accidents les plus communs de la vérole. Mais elles n'en sont pas moins démonstratives et ce qui leur donne un intérêt tout spécial, ce sont les constatations microbiologiques que nons y relatons et qui nous semblent réellement ouvrir des horizons nouveaux dans la pathologie générale des syphilides. Il y a en effet, à poser comme d'ores et déja établi que le *Spirochaete pallida Schaudinn* est l'agent spécifique de la syphilis, une foule de conclusions logiques qui peuvent être tirées de la présence de ce parasite dans bon nombre des manifestations cutanées secondaires et de son absence de certaines d'entre elles, touchant sa façon de se répandre dans l'organisme, de s'y perpétuer et de créer tel ou tel accident à pathogénie jusqu'ici imprécise.

En récapitulant nos observations nous remarquons en première ligne l'inégale teneur en spirochètes des syphilides de types divers selon leur forme et leur distribution. Nous voyons ces parasites en masse dans les papules en foyer ou les éléments complétement isolés, comme dans nos deux dernières observations, tandis-qu'ils paraissent au contraire manquer tout à fait des éléments des exanthèmes, ou des syphilides généralisées de tout type. Outre les deux cas dont traitent nos observations II et III, nous avons vainement cherché le Spirochaete chez deux hommes, dans une syphilide psoriasiforme généralisée et une syphilide papuleuse à petits éléments (Observations inédites).

Si nous rapprochons de ces faits les résultats également négatifs obtenus par Ploeger, Lipschütz, Roscher, Bodin, Rille et Vockerodt, Doutrelepont, Siebert, Bertarelli, Volpino et Bovero, Oppenheim et Sachs dans des roséoles, par les deux derniers dans des exanthèmes papuleux, en fin par De Souza jeune et Pereira dans un cas de rupia syphilitique, nous nous demanderons forcément si ces manifestations ne sont pas, au même titre que tant d'autres troubles généraux secondaires, l'expression d'actions toxiniques pures? Cette question du reste a déja été posée (Mac Gillavry, Hallopeau) avant qu'on ne connut le Spirochaete pallida. Mais aujourd'hui son importance s'accroit de toute la portée de la découverte de ce parasite, car implicitement à la réponse qu'on lui donnerait, on pourrait résoudre une grande partie du problème que constitue l'évolution de l'agent infectieux de la syphilis dans l'organisme.

Or tout plaide en faveur de l'affirmative : tant les caractères cliniques de la roséole, en tout sembables à ceux des exanthèmes d'origine toxique (médicamenteux, alimentaires), que le moment même de son apparition, à la suite de la seconde incubation, moment qui correspond évidemment à l'apogée de la production des toxines, ainsi qu'en témoigne l'apparition contemporaine de tant de phénomènes sûrement sous leur dépendance, malaise, fièvre, anémie, douleurs etc.

Du reste le Spirochaete ne se trouve guère dans le sang circulant et pas plutôt à une période de la syphilis (période d'éruption notamment) qu'à une autre (Spitzer). Il est donc improbable que le sang soit un lieu de multiplication active des parasites et il y a peu de chances qu'un exanthème, dont l'étendue exigerait un apport en masse de ces parasites dans les téguments, pour qu'il put être attribué à leur action directe sur les tissus, soit sûrement redevable à ce dernier mécanisme. En outre cela s'accorde bien avec cette donnée de la clinique, que le virus, comme nous le disions plus haut, semble s'atténuer progressivement au fur et à mesure que la circulation l'entraîne et le sème loin des foyers de prolifération.

Que pour transformer une macule en papule quelques spirochètes soient indispensables, cela est à la rigueur admissible, (¹) mais n'est-il pas évident que le rôle dévolu au parasite en pareil cas est d'une activité médiocre, la lésion inflamatoire à laquelle il vient imprimer son cachet de spécificité étant constituée dans ses grandes lignes? Il en résulterait d'ailleurs immédiatement comme corrolaire, que même des lésions de types qui contiennent notoirement un nombre appréciable de spirochètes et qui d'emblée présentent des dehors spécifiques, doivent, être dues, dans une large mesure, à l'action à une distance plus ou moins grande des foyers de prolifération, de substances chimiques (toxines et peut-être agressines) qui y sont engendrées, le parasite se bornant à corser en quelque sorte ses lésions.

Nous voyons une preuve sûre de l'origine toxinique des éruptions générales dans la façon de se succéder des accidents de nos deux malades II et III. Chez elles la généralisation par étapes de l'infection syphilitique, étapes correspondant à différents territoires lymphatiques qui s'infectent successivement, est tout à fait manifeste. L'éruption, témoignage de la maladie constitutionnelle, apparait, fait son cours et guérit, sans que pour cela l'agent spécifique microbien ait modifié en rien sa façon originelle de progresser. Nous le retrouvons en effet à proximité du ou des foyers qui avaient préexisté à l'exanthème, là où une intrainoculation régionale aura créé un nouveau foyer, et l'éruption générale n'en contient pas d'exemplaire.

Il y a enfin deux faits que nous pouvons rappeler aussi. C'est l'indemnité presque constante des enfants nés pendant la période de seconde incubation de mères syphilitiques, parfois même jusqu'au quatrième mois de l'infection de ces dernières et le résultat négatif des inoculations expérimentales de virus, faites directement dans les voies sanguines (Neisser), ce qui prouve

---

(¹) Dans les cas de Veillon et Girard il est évident qu'il s'agissait de papules frustes (maculo-papules) et non de macules pures. Leurs caractères histologiques en font foie. — Si la roséole devait être mise sur les compte d'embolies capillaires microbiennes, il serait inconcevable que le raclage de ses éléments ne fournisse aucun spirochète.

bien, que, loin de se multiplier dans le sang, l'agent spécifique y est plutôt détruit très rapidement.

Mais quels sont les foyers de prolifération?

Évidemment d'abord le chancre; puis, à la peau, les lésions à développement anormal, les syphilides hypertrophiques, éxubérantes, caractéristiques par leurs dimensions et leur persistance, remarquables et surtout démonstratives par le semis d'éléments-filles, décroissants excentriquement de fréquence et de grandeur qui les accompagne de règle, et les éruptions localisées récidivant nombre de fois *in situ*; sous la peau, les gros ganglions indéfiniment durs; dans la profondeur, les viscères infestés successivement dans lesquels la syphilis se cantonne immuable. Ce sont là les seules lésions qu'on trouve litéralement pleines de spirochètes. Et c'est à ce fait très probablement qu'il faut rattacher certaines particularités qui leur sont propres, du moins aux téguments: exubérance habituelle et tendance à végéter exulcération fréquente, récidives pour ainsi dire fatales. C'est à cette richesse en parasites qu'il faut attribuer surtout la malignité des syphilis à lésions localisées multiples.

Mais les foyers des téguments ne sont à coup sûr que les plus rares et en tout cas de ceux que voit plutôt l'époque la plus précoce de la syphilis. L'infection pénétre vite dans les voies les plus profondes, crée des foyers cachés et n'en progresse que plus sûrement. Il est cependant évident que les intrainoculations successives, plus ou moins limitées, sont ici aussi son mode unique, qu'elles se fassent par la voie lymphatique seule ou que les vaisseaux sanguins interviennent en partie. Ce n'est en tout cas jamais pour longtemps que quelques spirochètes se trouveront dans le sang, car ils seront chariés vers des organes (foie, rate reins, ganglions) qui les arrêtent au passage et y créeront de nouveaux foyers. De cette façon l'infection syphilitique ne se généralise jamais dans le vrai sens du mot, ce qui à un moment donné peut être général c'est sa toxinémie seulement.

Nous concluerons maintnant de façon à préciser nos vues, en tachant de faire la part la moindre à l'hypothèse.

La syphilis est une maladie à foyers multiples, produits les uns des autres et se succédant à des intervalles plus ou moins longs, pour évoluer pendant un temps variable. Le premier de ces foyers, début de la maladie, le chancre induré est du à une extrainocu-

lation; les suivants sont les conséquences des intrainoculations secondaires en série d'un virus plus ou moins modifié, assez lent mais très tenace dans sa progression. Ils témoignent d'une dissémination à forces décroissantes, toutefois continuellement renouvelées, de ce virus dans l'économie, à laquelle concourrent d'abord la voie lymphatique, ensuite la circulation générale. Mais à aucun moment il ne peut être question d'une septicémie proprement dite, aussi toutes manifestation, générales quelles qu'elles soient doivent-elles être mises, dans leur plus large mesure, sur le compte de poisons solubles engendrés par l'agent spécifique.

A cet égard il y a lieu nés maintenant de songer à une distincton à établir entre les syphilides foyers d'infection et celles qui ne renferment le parasite que tout fortuitement, peut-être mort, et cela au double point de vue de l'étiologie contagieuse et du traitement. Sur ce point l'expérimentation est appelée à se pronnoncer définitivement et dès lors à dicter les méthodes thérapeutiques, qui nous paraissent devoir comprendre. en principe, *l'éradication, l'ablation ou la destruction par tous moyens des eléments farcis de spirochètes accessibles.* Cela ne pourra jamais arrêter la propagation du mal, c'est entendu, mais cela l'atténuera singulièrement, c'est certain!

BIBLIOGRAFIE

Baizer et **François Dainvillé.** *Société française de Dermatologie,* 7 Juillet 1904.
Davasso et **Deville.** *Archivee générales de Médecine,* 1864.
Dieulafoy. *Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris,* 23 Novembre 1905.
Gastou. *Société française de Dermalologia et Syphiligraphie.* 7 Janvier 1904.
Hallopeau et **Deroye.** *Société française de Dermatologie,* 4 Mai 1905.
» » **Jomier.** *Société française de Dermatalogie,* 5 Mars 1903.
» » **Teysseire.** *Société française de Dermatologie,* 1 Décembre 1904.
Hallopeau. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1904, pag. 737.
Lesser. *Berliner dermatologische Gesellschaft,* 4 Nowember 1902.
Levaditi et **Petresco.** *La Presse Médicale,* 30 Septembre 1905.
Lipschütz. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1905, No. 46.
Mac Gillavry. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* 1898.
Oppenheim u. **Sachs.** *Wiener Klinische Wochenschrift,* 1905, No. 45.
Ploeger. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1905, No. 29.
Queyrat. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux,* 29 Juillet 1904.
Roscher. *Berliner Klinische Wochenschrift,* 1905, No. 46.
de Souza jun. u. **Pereira.** *Berliner Klinische Wochenschrift,* 1905, No. 44.
Spitzer. *Wiener Klinische Wochenschrift,* 1905, No. 31.
Stassano. *La France medicale,* 1897.
Ullmann. *Wiener Klinische Wochenschrift,* 1889.
Wassermann u. **Citron.** *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1905, No. 15.

CRITICI ȘI CRONICI

Dr. P. Cazacu.

STAȚIUNEA SANITARĂ GURA PRUTULUI.

Prin convenția încheiată în București la 3/15 Decembrie 1866, România, Rusia și Austria—statele riverane de pe Prut,—au instituit o comisiune mixtă și permanentă, compusă din delegații acestor trei state. Misiunea acestei autorități internaționale constă în: *a)* a plănuì și executà lucrările indispensabile pentru ameliorarea cursului rîului Prut; *b)* a decretà și aplicà taxele pentru dreptul de navigațiune, impuse cu scopul de a rambursà cheltuelile de ameliorațiune a rîului și de întreținere a acestor lucrări; *c)* a elabora regulamentele de poliție fluvială, și *d)* a vegheà asupra intreținerei lucrărilor și a strictei observațiuni a dispozițiilor reglementare. Prin articolul 29 al acestei convențiuni se stabilește, că bastimentele, cari navighează pe Prut, nu vor fi supuse la nici o măsură sanitară, cât timp în provinciile riverane de pe lângă Prut, sau Dunăre, nu domnește nici Cholera, nici Pesta, nici altă boală infecțioasă, periculoasă prin caracterul seu epidemic; totuși vor trebuì, când acostează la vre-o schele, să prezinte autorității locale patenta de sănătate. Prin articolul 30 al convențiunei se impune: „în cazul când una din boalele epidemice, menționate în articolul precedent, s'ar ivi în provinciile riverane a le Prutului sau Dunărei, guvernele statelor riverane,—afară de măsurile generale, pe care fiecare din ele va crede necesar să le ia, în conformitate cu legile interioare ale fiecărui stat,—se obligă a instituì una, sau mai multe stațiuni sanitare pe Prut. Numărul acestor stațiuni și localitățile, unde ele se vor institui, se va comunica comisiunei mixte a Prutului de fiecare stat riveran“.

„Aceste staţiuni vor fi prevăzute cu tot personalul şi materialul necesar:

1) pentru a se face dezinfectarea bastimentelor contaminate, a călătorilor, echipagiilor şi a efectelor lor;

2) pentru a izolà şi îngrijì pe bolnavii, atinşi de boale contagioase şi pe acei, cari vor prezenta simptome suspecte şi vor fi lăsaţi de bastimente spre căutare“.

„Se vor lua de asemenea măsuri, pe bastimente chiar, în vederea constatărei şi izolărei bolnavilor cu scopul de a preveni contaminarea apelor rîului“.

La 7/19 Mai 1896 Comisiunea mixtă a Prutului elaborează un regulament sanitar, prin care se dezvoltă cele impuse prin articolul 30 al convenţiunei; aşà se impune, că—directorii staţiunilor sanitare să fie medici, să aibă ajutoare şi concursul tuturor autorităţilor civile şi militare, că—staţiunile să aibă localuri speciale pentru izolarea şi tratarea bolnavilor, aparate de dezinfecţiune cu vapori, să aibă apă de băut bună şi suficientă.

Aşà dar, pentru apărarea provinciilor riverane de pe Prut contra Cholerei şi Pestei, atât România, cât şi Rusia cu Austria, au în convenţia dela 1866 şi în regulamentul sanitar dela 1896 dispoziţiuni obligatorii pentru ele, foarte bine şi raţional alcătuite şi puse sub supravegherea unei comisiuni internaţionale mixte şi permanente, care, după cum spune articolul 7 al convenţiunei, va impune „stricta observaţiune a dispoziţiunilor regulamentare“.

Ar păreà, că statele, obligate de atâţea ani, sub imboldul şi al cuvîntului dat, şi a necesităţei de a se pregătì în timpuri liniştite pentru timpul de nevoie, şi sub presiunea autorităţei unei comisiuni internaţionale, chemată a impune stricta observaţiune a dispoziţiunilor reglementare, — de mult sunt gata la ori ce moment să se prezinte cu staţiuni sanitare pentru desinfectare, vizita medicală, izolare şi căutare a bolnavilor şi suspecţilor de pe Prut.

Ar părea, că având în vedere modul, cum comisiunea mixtă a Prutului a împărţit navigaţia pe acest râu, cum a stabilit sediul instituţiilor sale (de lucru, de administraţie, de încasare), având în vedere, că toate vasele de pe Prut se duc la porturile Dunărene, ţinându-se socoteală şi de punctele, unde se face trecerea călătorilor dintr'o ţară într'alta peste Prut,—s'a ales de către

România, de exemplu, locul pentru o staţiune sanitară la gura Prutului. Şi cum pentru a fi o staţiune sanitară nu e suficient numai locul şi numele, ar păreà, că s'au făcut şi construcţiuni şi instalaţiuni moderne, în felul, de exemplu, a staţiunei sanitare de Camaran, dupe cum prevede articolul 131 din convenţia sanitară internaţională din Paris, cu: 1) localuri pentru administraţie şi personalul serviciului sanitar; 2) clădiri pentru spălarea şi dezinfectarea vestmintelor purtate şi a altor obiecte; 3) clădiri, în cari călătorii vor trebuì să iea duşe, sau băi în timpul, când vestimintele lor purtate se vor dezinfecta; 4) spital; 5) un cimitir bine aşezat, depărtat de ori ce locuinţă, fără contact cu vre-o apă subterană şi drenat la 0,^{m}50 de desuptul nivelului gropilor; 6) etuve cu abur în număr suficient şi prezentând toate condiţiile de siguranţă, eficacitate şi iuţeală; 7) pulverizatoare, etuve şi mijloace trebuincioase pentru o dezinfectare chimică; 8) maşini pentru destilarea apei, rezervorii închise şi prevăzute cu pompe şi robinete; 9) un laboratoriu de bacteriologie.

Sau, dacă s'ar păreà că pentru gura Prutului nu e nevoe de o instalaţie aşà de straşnică, cum prevede convenţia din Paris pentru Camaran, atunci, conform cu regulamentul comisiunei mixte a Prutului, ar trebui să fie o construcţiune, în care să fie locuinţa medicului, a personalului ataşat, şi laboratorul de bacteriologie şi o altă construcţiune, în care să fie săli pentru vizita medicală, săli pentru dezinfectare cu aparate de dezinfectare cu vapori şi săli pentru suspecţi şi bolnavi.

Sau, reducând pretenţiile şi mai mult, ar trebui să fie măcar o singură construcţiune, în care să se afle, dacă e posibil şi admisibil, toate acestea săli şi instalaţiuni.

Ei bine, nu există nimic din toate acestea pe malurile Prutului de la izvoarele lui până la Dunăre, nici în civilizata Austrie, nici în marea Rusie, nici în mica noastră Românie. Nici statele riverane n'au făcut nimica, nici comisiunea mixtă a Prutului nu pare să se fi interesat de stricta aplicaţiune a regulamentelor sale sanilare, deşi atât convenţia, cât şi regulamentul sanitar, sunt în vigoare.

E foarte interesant, cred, de ştiut dacă acum, sau la primăvară, Cholera, Ciuma, sau altă boală epidemică deosebit de gravă, s'ar ivi în regiunile Prutului, cum s'ar instala într'un timp scurt o staţiune sanitară?

Nici vorbă nu poate fi de a se face într'un timp scurt o construcţiune specială, bine amenageată pentru acest scop. Şi o staţiune sanitară ca şi un fort militar, dacă nu este din timp construită şi înzestrată, nu-şi poate îndeplini menirea şi atunci e, sau de puţină valoare, sau inutilă.

Experienţa facerei unei staţiuni sanitare la gura Prutului, fără o clădire mai dinainte preparată şi înzestrată, s'a făcut la noi în ţară anul acesta, cu ocazia ivirei epidemiei de Choleră în Rusia.

Cred, că experienţa aceasta merită a fi descrisă, pentru a se puteà trage din ea învăţămintele folositoare, ce neapărat vor decurge.

Avându-se în vedere, că maximum de navigaţie pe Prut se face în partea de jos a rîului lângă Dunăre, că vasele, cari navighează pe Prut se scoboară toate spre Galaţi şi Reni, că numărul lor este mare (după cum rezultă din statisticele comisiunei mixte a Prutului, medie făcută de mine pe 34 ani, intră în Prut 623,09 bastimente pe an şi iesă 674; şi cum, în termen mediu, aceste bastimente au câte 4 oameni echipagiu, am avea 5.188 oameni, cari se perindează pe la Gura Prutului)—, că toate aceste vase sunt obligate a acostà cam la 3 kilometri dela gura geografică a rîului, în dreptul localului casieriei comisiunei, unde sunt obligate a plăti taxe; având în vedere, că tot aci e şi un punct vamal de trecere din Rusia în România (drumul Reni-Galaţi), aşà că avem o încrucişare de drumuri, unul pe apă dela Nord spre Sud şi unul pe uscat dela Est spre West,s'a luat hotărîrea de a se institui la acest punct o staţiune sanitară.

Cu realizarea acestei hotărîri a fost însărcinat medicul portului Galaţi. Negăsindu-se la gura Prutului nici o casă, în care să se instaleze staţiunea, s'a luat o singură odaie din localul vămei; în acea odaie s'a pus o masă veche de lemn, acoperită cu o gazetă, un scaun, un dulăpior de bucătărie, o pompă de incendiu, un lighean, un hârdău de lemn, un pulverizator de mână, o călimară, un condeiu, o condică şi un sigiliu—şi s'a socotit, că staţiunea sanitară este gata. Trebuià însă un spital, ferească Dumnezeu, aşteptăm Cholera, dacă vine un bolnav, sau numai un suspect chiar ce ne facem? Chestiunea s'a rezolvat repede; lângă casa vămei se găseşte o căsuţa ruinată şi părăsită, vechea locuinţă a podarului; această căsuţă erà destinată, după o reparațiune în valoare de vre-o 200 lei, să fie spital pentru izolarea cholericilor; din fericire nu s'a prezentat nici un caz suspect, astfel că strălucita idee a rămas nerealizată. Cum medicul portului Galați, trebuind să facă și pe medicul stațiunei sanitare dela gura Prutului, n'a fost dotat de ubiquitate, s'a găsit o modalitate, prin care se puteau împlinì întru câtva ambele funcțiuni de o singură persoană: vasele, cari veneau de pe brațul Kilia la Galatz, trebuiau să se oprească la malul Dunărei în dreptul gurei Prutului, lângă un ponton înzestrat cu o pompă de incendiu, un aparat pentru dezinfectare cu Formol Leclair, trei hărdae de lemn pentru apă și o călimară cu un condeiu; aceasta erà un fel de sucursală a stațiunei sanitare gura Prutului.

Medicul portului Galați, având domiciliul în oraș, veneà în fiecare dimineață cu șalupa militară la gura Prutului și, circulând între pontonul dela Dunăre și punctul vamal de pe Prut, făceà dezinfecție și vizită medicală tuturor, fără excepție, călătorilor și vaselor, provenite din Rusia; munca erà destul de obositoare: dela 7 dimineața, până la 7 seara, fără odihnă, și în fiecare zi, — e cam mult. Atunci, Direcțiunea Generală a serviciului sanitar, la 14 Septembrie, trimite un alt medic, ca să conducă stațiunea, dejà organizată, (?) remânând că medicul portului să-și vadă de treabă la Galați.

Iată cum descrie acest medic, în raportul seu către Direcțiunea Generală a serviciului sanitar, stațiunea sanitară dela gura Prutului, în momentul, când a luat serviciul în primire.

„Pe malul stâng al Dunărei, cam la 20 metri mai sus de locul, unde se varsă Prutul, este un mic ponton, la care acostează vasele, cari urmează a fi supuse vizitei medicale și dezinfecțiunei. Pe acest ponton se află următoarele instrumente de dezinfectare: 1) un aparat Leclair pentru dezinfectare cu Formol; 2) o pompă de incendiu; și 3) o cutie de zinc cam de 8 m. cubi capacitate".

„In interiorul pontonului, sub punte, sunt două mici compartimente, din care unul servă de cazarmă pentru cinci marinari și un sergent de stradă, atașați acestui serviciu și cealalt de cameră pentru păstrarea medicamentelor, de oare ce fiind și întunecos și greu accesibil din cauza scărei verticale, și fără mobilier, nu poate servì nici ca cancelarie, sau cameră de vizită medicală, sau așteptare, dezinfecțiune etc".

„Iată modul de procedare, întrebuințat aci în raport cu instalarea. Intăi, se face vizita medicală a călătorilor și echipagiilor; se constată că ei sunt perfect de sănătoși; această constatare ne procură o adevărată plăcere, mai cu seamă din cauza faptului, că știm foarte bine, că dacă ar fi bolnavi, sau suspecți, n'am aveà unde să-i izolăm. Apoi se procede la dezinfectarea bagagelor cu vapori de Formol, introduși în cutia de zinc, unde se așează prealabil bagagele. Rufele și așternuturile murdare se moae în soluție de sublimat; puntea și privățile vasului se spală cu soluție de acid fenic, sau sublimat, dupe cum sunt de metal, sau de lemn. Apoi se face dezinfectarea întregului vas, astupându-se hermetic compartiment cu compartiment și introducându-se vapori de Formol printr'un orificiu lăsat deschis. Pe lângă toate acestea, călătorii și echipagiile sunt stropiți cu soluții antiseptice (sublimat de obiceiu) prin ajutorul pompei de incendiu. Toate soluțiile antiseptice se fac în apă, luată direct din Dunăre și limpezită prin Alumen și precipitare".

„Nu voiu face critica acestei instalațiuni și acestor procedee. Simpla și exacta descriere făcută este suficientă, pentru a arătà, dacă nu și altele, apoi cel puțin primitivitatea și oare cum sălbătecia instalației și procedeelor. Dacă lăsăm chiar la o parte modul de a se face soluțiile, lipsa de apă sterilă, absurditatea stropirei cu pompa de incendiu a călătorilor, mai cu seamă pe timp de ploae și frig, — dar introducerea de vapori cu Formol în cabinele personalului și a călătorilor face aceste compartimente de nelocuit mai multe ceasuri; seara și noaptea, pe timp de ploaie și vânt, nu e uman a gonì pe oameni din cabinele lor și a le expune sănătatea, mai cu seamă, având în vedere, că vasele, pe cari le dezinfectăm, vin dela Reni și Odessa și, conform cu convenția din Paris, nu pot fi privite acum, decât ca indemne de Choleră (art. 20 conv. Paris) și deci, nici un compartiment, locuit de echipagiu, sau călători sănătoși (art. 28 conv.), nu trebue supus dezinfecției."

„In urma aprobărei Direcției Generale a serviciului sanitar, dela 1 Octombrie s'a schimbat acest procedeu și ne-am mulțumit, cum erà natural să se facă dela început, cu vizita medicală a echipagelor și călătorilor, cu dezinfectarea bagagelor, punților și privăților".

„In ziua de 28 Septembrie, în scop de a se îmbunătăți serviciul, s'a schimbat pontonul descris mai sus; in locul lui s'a adus un şlep mare, dar straşnic de murdar; în mijlocul şlepului, sub punte, se aflau două magazii mari, cu scări verticale şi stricate şi cu podelele putrezite. In una din aceste magazii s'a pus o masă, un scaun şi un pat, şi a părut, că ar fi un fel de cancelarie."

„Pe urmă, s'a proectat în aceste magazii să se construească trei cabine cu sobe pentru locuinţa marinarilor, ataşaţi la acest serviciu. Şlepul a fost curăţit, s'au transportat pe el toate aparatele de dezinfectare de pe vechiul ponton. Insă o particularitate a noului ponton şi cea mai importantă este că, dacă plouă afară, atunci apa pătrunde prin punte, nu într'o cantitate suficientă pentru a înecà şlepul-ponton, dar destul de abundentă pentru a face cancelaria magazie şi cabina marinarilor de nelocuit. Lucrul acesta observându-se din prima zi, s'a promis repararea şi călăfătuirea punţei, dar au trecut 10 zile, pontonul a fost vizitat de d-l Inspector sanitar Mihail şi de d-l Sub-director al serviciului sanitar, dr. Stefănescu, dar toate acestea n'au contribuit cu nimic la grăbirea reparărei şi călăfătuirei punţei. In sfârşit, în ziua de 12 Octombrie, şlepul cu puntea permeabilă a fost înlocuit cu un altul, care nu mai aveà acest defect, dar cabina pentru matelotul pontonier n'aveà sobă; ca să nu degere, matelotul, a inventat o sobă foarte originală; această sobă a fost admirată de echipagiile şi călătorii de pe vasele streine, ce acostau aici; din această cauză, cred bine să menţionez şi acest mic fapt: soldatul a luat o cutie patrată de tinichea, pe care o aveam goală de acid fenic, i-a adaptat un tub de fier la o parte, a trecut tubul prin punte şi în modul acesta a format un fel de cămin; ca combustibil serveau crengi de salcie, culese de pe mal. Ve puteţi închipui cât fum şi câtă căldură produceà acest original mod de încălzire, inventat de marinarul român în serviciul statului".

„La punctul vamal, zis gura Prutului, la distanţă de 3 kilom. de gura geografică a rîului, în localul vămii, se află o mică odaie cu următorul mobilier: un scaun vechiu, o măsuţă acoperită cu o gazetă, un dulăpior de bucătărie, (acesta serveşte pentru păstrarea substanţelor antiseptice,) o mică pompă de incendiu, un lighean, un hârdău de lemn pentru apă şi un mic pulverizator de mână. Cu pasagerii, cari treceau din Rusia, se procedà astfel: soldatul grănicer conduceà pe călători dela pod la această odaie; aici medicul constatà cu deosebită plăcere, că călătorul e sănătos (dacă s'ar fi întâmplat să fie bolnav nu ştia unde să l izoleze); apoi se procedà la dezinfectarea lui şi a bagagelor: se puneà în mişcare pompa, hainele de deasupra a călătorului erau bine udate, apoi tot aşa se proceda cu bagagele. Şi aici, apa pentru facerea soluţiunilor dezinfectante se lua direct din Prut şi se limpezia cu alumen."

„Nu-mi voiu permite nici aci a face critica instalaţiunei, sau a procedeelor; descrierea făcută este suficientă pentru a arătà primitivitatea, ca să nu zicem altfel, şi a instalaţiei şi a procedeelor".

„In scop de a se ameliorà instalaţia, în ziua de 30 Septembrie, s'a adus aci pe Prut, la punctul vamal dela Gura Prutului, pontonul dela Dunăre; se aveà în vedere într'una din cabinele pontonului să se facă vizita medicală şi dezinfecţia; or, după cum am spus, cabina aceasta nu se pretà la acest serviciu, din cauză că erà greu accesibilă pentru călători, întunecoasă, mică, nemobilată.

„Dela 1 Octombrie, în urma aprobărei Direcţiei Generale a serviciului sanitar, s'a modificat şi aici întru câtva procedeul, mulţumindu-se numai cu vizita medicală a călătorilor şi dezinfectarea prin stropire a rufelor murdare".

„Tot aici, la punctul vamal Gura Prutului, mi s'a arătat o căsuţă ruinată şi părăsită, altă dată locuinţa podarului, acum un refugiu în caz de ploaie pentru găinele vagabonde din imprejurimi. Mi s'a spus, că această anume căsuţa se are în vedere pentru a se instalà în ea un mic spital de izolare. M'am gândit şi cred şi acum, că a fost o glumă a se propune instalarea unui spital de izolare într'un fel de găinărie; de aceeaşi părere a fost şi d-l Sub-director al serviciului sanitar, care a adaugat, că cea mai bună întrebuinţare pentru această ruină, e să i se dea foc".

„Iată toată instalarea şi procedeele întrebuinţate la aşà zisa staţiune sanitară Gura Prutului".

„La 15 Octombrie, Direcţiunea Generală a serviciului sanitar, a dat un ordin telegrafic de a nu se mai face dezinfectarea decât a provenienţelor din Polonia; s'a crezut util atunci, să se admită acostarea vaselor venite dela Odessa, sau Reni, direct la portul Galaţi, fără a se oprì pe Dunăre în dreptul pontonului sanitar; în modul acesta pontoanele de pe Dumnăre şi Prut, devenind inutile, au fost ridicate la 24 Octombrie. Iar cu începere dela 15 Octombrie, la staţiunea sanitară Gura Prutului nu s'a făcut, decât vizita medicală a călătorilor veniţi din Rusia pe uscat şi a echipagiilor de pe vasele, ce soseau pe Prut şi se dirigeau la Dunăre. “

„Personalul staţiunei sanitare Gura Prutului se compuneà dintr'un medic, un agent sanitar, cinci marinari la şalupa pentru transport, cinci soldaţi marinari la pontonul de pe Dunăre şi 2 sergenţi de oraş. Medicul nu puteà sta la Gura Prutului, deoarece nu găseà o locuinţă; erà silit deci să stea la Galaţi. De aici în fiecare dimineaţă între orele 7—9, (depindeà de ora, când soseşte şalupa militară, care întârzia la 2 — 3 zile odată, din cauza necesităţii de a se aproviziona cu cărbuni, unsori, etc;) medicul pleacă la pontonul de pe Dunăre, unde ajunge peste un ceas. După ce face vizita medicală şi dezinfecţia pe vasele, ce eventual se găsesc acì, pleacă, tot cu şalupa, pe Prut la punctul vamal Gura Prutului, unde dejà îl aşteaptă călătorii, pe care îi vizitează şi dezinfectează, apoi aşteaptă să fie chemat din nou la Dunăre, sau să sosească alţi călători din Rusia, sau vase pe Prut.“

„ Aşteptarea aceasta se face în aceeaşi unică odae, care serveşte şi pentru vizită medicală, şi pentru dezinfecţie, şi pentru cancelarie, şi de dormitor pentru agentul sanitar. In zilele de ploaie, vânt şi frig, e o adevărată pedeapsă a stà toată ziua aici, dacă nu din altă cauză, apoi din cauza frigului, căci deabià, dupe mai multe insistenţe, prefectura judeţului Covurlui, pe la 20 Octombrie, s'a milostivit să cumpere o mie de chilograme de lemne, transportul cărora dela Galaţi la Gura Prutului s'a făcut în mod gratuit, iar plata încărcărei şi descărcărei din banii medicului; deşi aceste amănunte nu sunt importante, totuşi le relevez ca ceva caracteristic pentru modul de a se îngrijì de unele servicii ale statului“.

„Tocmai la apusul soarelui, medicul, după mai multe exerciţii de echilibristică la îmbarcare şi debarcare pe diferite varietăţi de vase fluviale, pleacă la Galaţi, unde mai are de redactat telegrame, rapoarte etc. Ore de repaus pentru dejun etc. nu sunt prevăzute în regulamentul serviciului sanitar dela gura Prutului: medicul mănâncă aici cum poate şi când poate. Se înţelege că un serviciu zilnic, fără schimb, în aceste condiţiuni este un fel de hamalâc şi plata unui doctor în medicină, într'un serviciu extraordinar şi temporar, pentru o muncă de minimum 12 ore pe zi, cu o diurnă de 380 lei pe lună (adică 12 lei 66 bani pe zi) e insuficientă şi pare o exploatare de către stat a muncei medicului“.

„Din această scurtă, dar exactă şi amănunţită, descriere a organizaţiei serviciului sanitar dela gura Prutului se poate vedeà bine, că defectul ei principal este lipsa de instalaţie proprie. Totul e luat cu împrumut, injghebat repede, primitiv şi mai cu seamă eftin. E bine, fără îndoială, că s'a putut face şi ceea ce s'a făcut, şi cu mijloacele mizere, pe cari le-a avut, s'a făcut la staţiunea sanitară Gura Prutului dela 4 Septembrie 1905 (dată înfiinţării), şi până la 7 Noembrie 1905 (dată desfiinţării) în total în curs de 63 zile vizita medicală şi desinfecţia: la 22 vapoare cu 376 oameni echipagiu şi 159 călători; la 195 bastimente diferite (şlep, ceam, mahună, craniţă) cu 729 oameni echipagiu; la 49 dube de pescari cu 105 oameni, şi la 1.415 călători, trecuţi pe la punctul vamal. Vedem dar că munca desfăşurată aci a trebuit să fie destul de intensă: revine cam la 3 zile un vapor, o dubă cam la 2 zile, câte trei şlepuri pe zi şi cam câte 24 călători pe zi, sau socotind totalul oamenilor în numer de 2.779, ar reveni cam 45 oameni pe zi, cu o mulţime de bagage foarte variate“.

„Acest număr mare,—ne obicinuit de mare, în comparaţie cu acela ce ne-l dă statistica punctului vamal Gura Prutului, unde media de înregistrări anuale e cam de 872 pe an (însă nu de persoane ci de paşapoarte),—se explică prin faptul, că s'au închis trecătorile dela Nord de Gura Prutului şi prin faptul micşorărei curselor vapoarelor ruseşti, provenind din Odessa, aşà că călătorii erau siliţi să meargă pe uscat“.

Pentru serviciul sanitar din această statistică reese clar, că locul pentru staţiunea sanitară la Gura Prutului a fost foarte bine ales, că în caz de Choleră, sau Ciumă, în Rusia prin acest punct suntem ameninţaţi mai mult şi deci aici se impune facerea în timpuri de sănătate a unei instalaţiuni, făcută astfel, încât să corespundă şi cerinţelor ştiinţei şi practicei.

„Nu se poate concepe o staţiune sanitară de vizită medicală, dezinfectare şi izolare, fără un medic; şi un medic nu poate sta într'o cocioabă, cârciumă, sau sub cort; primul lucru de făcut e deci, dacă nu o locuinţă cel puţin o odae pentru medic“.

„Nu se poate face vizită medicală unui călător, decât într'o cameră specială, să-i zicem cabinet medical“.

„Nu se poate un cabinet medical fără o sală de așteptare“.

„Nu se poate o stațiune sanitară de dezinfecție, fără cel puțin o sală specială, izolată, cu instrumente necesare pentru o dezinfectare cu vapori“.

„Nu se poate o stațiune sanitară fără apă bună, sau fără instrumente pentru a face bună și a păstra în stare bună ori ce apă“.

„Nu se poate o stațiune sanitară de izolare fără un local pentru aceasta, anume pregătit—spital“.

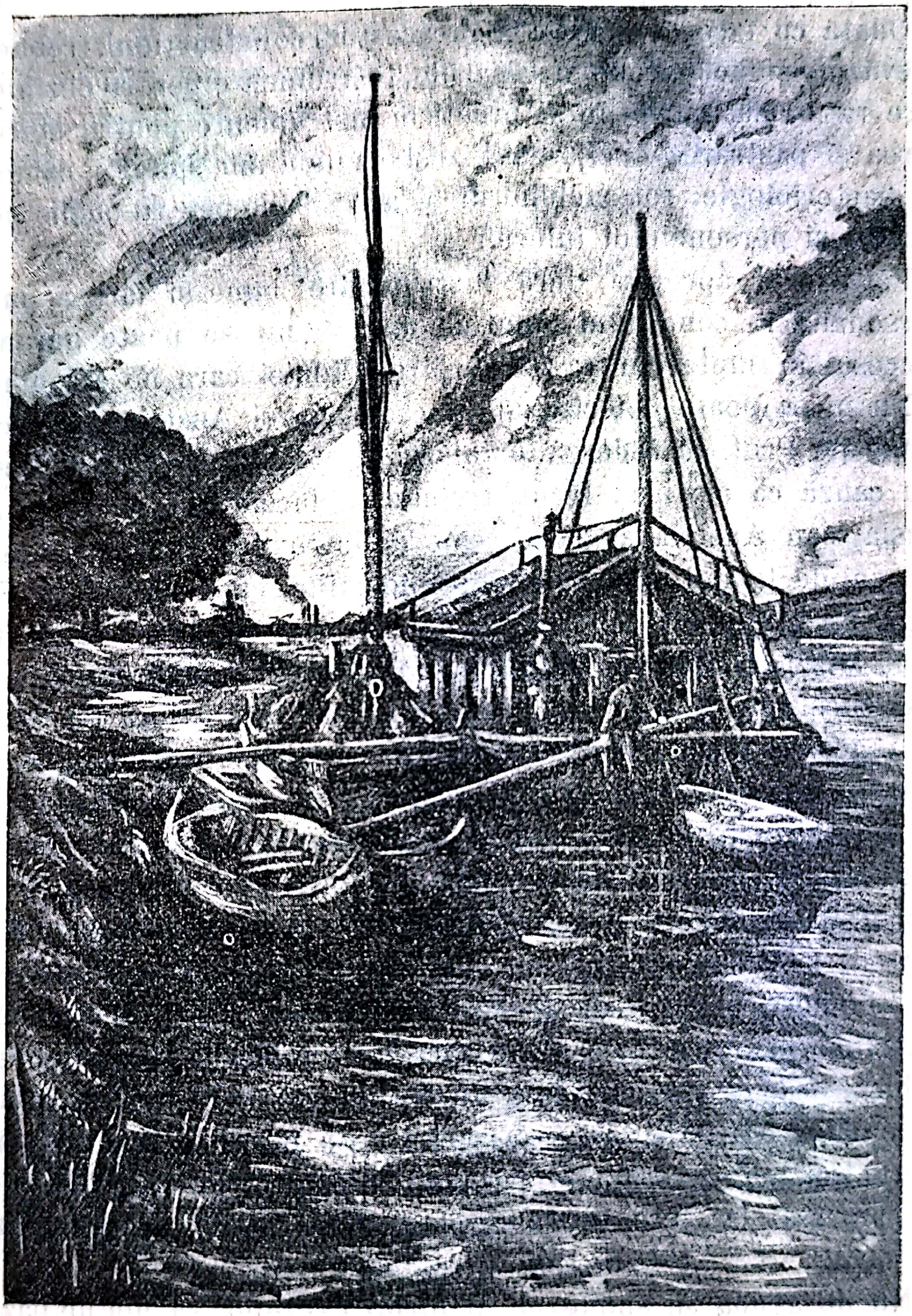
„Nu se poate în timpurile noastre o stațiune sanitară fără un cât de mic, dacă nu laboratoriu, atunci cel puțin un cabinet, cu cele necesare pentru un examen bacteriologic“.

„Toate acestea cer local. De aceea s'a vorbit încă de mult de construirea unui local sanitar la Gura Prutului și, cum terenul aci e jos, umed și inundabil, s'a propus să se întărească terenul și să se facă construcția pe piloți; altă propunere a fost, să se taie niște sălcii, ce sunt pe malul Prutului, cu un metru deasupra rădăcinilor și pe ele să se facă construcția; (propunerea d-lui Prof. d-r Manolescu). Bune, sau rele, aceste propuneri au rămas nerealizate, poate din cauză, că realizarea lor ar cere mulți bani și acest lucru n'ar corespunde cu tendințele de a se cheltui cât se poate de puțin pentru apărarea sănătăței publice“.

„Când am sosit la Gura Prutului mi s'a arătat acolo o casă, proprietatea comisiunii mixte a Prutului,—cancelaria ajutorului de inginer; acea casă e construită din lemn pe un șlep, e deasupra nivelului apei, e transportabilă pe apă, izolată perfect, e durabilă (există de 13 ani) și e foarte eftină. Mi s'a părut că o construcțiune (sau mai multe) în felul acesteia ar trebui să avem și noi pentru stațiunea sanitară de la Gura Prutului. De aceeași părere au fost și d-nii d-r Ștefănescu sub director general al serviciului sanitar și d-r Mihail, inspector sanitar.“

Din cele expuse, pare evidentă necesitatea construirei unui local propriu pentru stațiunea sanitară dela gura Prutului. Cred, că realizarea acestei propuneri se impune de urgență, din cauză, că la primăvară în Rusia făcându-se obicinuita peregrinare a muncitorilor dela Nord la Sud, suntem aproape siguri, că Cholera se va ivì mult mai aproape de noi, decât în toamna trecută, când a fost în Polonia rusească, și dacă n'a ajuns pe la noi, e mai cu seamă din cauza faptului, că toamna de obicei în

Rusia se face mişcarea muncitorilor dela Sud la Nord. Iar forma de construcţiune de lemn pe şlepuri, analogă casei pentru inginerul Comisiunei Prutului, o propun din cauza eftinătăţei ei, din



Cancelaria inginerului ajutor a Comisiunei Mixte a Prutului.

cauză că e izolabilă, durabilă şi transportabilă pe apă şi deci se poate întrebuinţà nu numai în caz de Choleră sau Ciumă, sau numai la gura Prutului; în timpuri normale ar puteà servì ca infirmerie pentru comunele de pe Prut, sau ca infirmerie, laboratoriu de Bacteriologie la portul Galați, care nu se prea poate lăudà cu o instalație complectă și pentru timpurile normale și pentru timpurile de epidemii.

Odată cu facerea acestei (sau acestor) construcțiuni, trebuesc prevăzute și făcute toate necesariile: instrumente pentru dezinfectare rațională, moderne și practice; instrumente pentru sterilizarea și păstrarea apei; toată zestrea unui mic spital și cabinet de bacteriologie; tot mobilierul și accesoriile pentru odăile medicului și personalului inferior.

Fără local apropiat, fără instrumente bune și fără a pune personalul în condițiuni bune de muncă, nu se poate garantà succesul în lupta contra Cholerei și Ciumei, care ne amenință.

Nu ni se poate obiectà faptul, că Rusia și Austria n'au făcut nimic pe Prut, în vederea instalărei de stațiuni sanitare. Tocmai din cauză că ele n'au făcut, trebuie să facem noi și apoi, nu Rusia, sau Austria au a se teme de introducerea Cholerei sau Ciumei de la noi, căci în toate epidemiile, care au fost în Europa, s'a întâmplat contrariul: noi am luat Cholera dinspre Răsărit Miază-zi Miază-Noapte și nu am trecut'o în acele părți.

O chestiune în legătură cu stațiunea sanitară „Gura Prutului“ este acea a pazei graniței noastre. Am auzit vorbindu-se, că granița noastră e păzită reu; n'am crezut însă că lucrurile stau în realitate așà de reu, cum se vorbește. M'am convins însă, că realitatea întrece descrierile rele. La gura Prutului este și un pichet de grăniceri; în stare normală la acest pichet se află un sergent și 9 soldați, cari au sub paza lor o linie pe Dunăre de 16 kilometri și pe Prut de 30 kilometri. In timpul funcționărei stațiunei sanitare dela Gura Prutului numărul soldaților erà dublat; așà, că pe o distanță de 46 kilometri se aflau ca straja, 18 oameni. Nu știu, dacă acest fel de a fi, se poate numì pază a graniței, mai cu seamă, dacă voiu adăugà, că în timp de 55 zile cât am stat la Gura Prutului, n'am văzut nici o urmă de ofițer pe acolo.

Nu de geaba se spune pe malurile Prutului, că noi ne păzim granița de formă, iar în realitate o păzesc Rușii; într'adevăr, după cât am văzut, pare că cei, care vorbesc așà, au multă dreptate. Acest lucru însă nu ne îndreptățește pe noi să lăsăm paza țării de epidemii în voia lui Dumnezeu, sau a grănicerilor Ruși și indolenţa noastră, care poate devenĭ criminală, s'o scuzăm prin aceea, că Ruşii şi Austriacii nu fac nimic în vederea instituirei de staţiuni sanitare pe Prut, iar Comisiunea mixtă a Prutului supraveghează de 38 ani „în mod riguros aplicarea strictă a convenţiei şi a regulamentului ei sanitar“.

„Si vis pacem para bellum“. Dacă această zicătoare se potriveşte pentru pregătirea cetăţilor contra vrăjmaşilor, cred că tot aşà de bine se potriveşte şi pentru pregătirea staţiunilor sanitare în vederea invaziei epidemiilor exotice.

BIBILOGRAFIE

1) Actes concernant la navigation du Prout Galatz 1903.

2) Conventiunea sanitară internaţională pentru a întâmpinà invaziunea Ciumei şi a Cholerei, încheiată la Paris la 21 Noembrie 1903.

3) Pentru statisticele navigaţiei pe Prut: registrele Comisiunei Mixte a Prutului, pentru care aduc mulţumirile mele d-lui V. Naum, agentul comptabil al Comisiunei.

4) Pentru statistica călătorilor: registrele punctului vamal Gura Prutului.

Dr. Al. Suceveanu.

UN MONUMENT COMEMORATIV

In lungul martirolog al medicilor suferinzĭ pentru binele omenireĭ, nu puteà fi uitat şi dr. Vasile Tiron.

Fost Medic al plaiuluĭ Prahova din judeţul Prahova, încetă din viaţă la 3 Maiu 1898, din cauza *Febrei Tifoide*, contractată în timpul serviciuluĭ, la casa unui ţăran bolnav, din satul Mislea, comuna Scorţenĭ, acel judeţ.

Câmpina, plaiul şi judeţul Prahova, întreaga Ţară, şi-a dat obolul de recunoştinţă, colectându-se suma de *leĭ 2.282 banĭ 55*, cu care s'a rădicat pe mormântul luĭ, uu monument de marmoră Carara terminat cu o cruce din marmoră Bardiglio.

După cum indică una din inscripţiunile Monumentuluĭ :

Recunoştinţă
pentru iubire de muncă şi
devotament în serviciu

s'a comemorat ast-fel amintirea unuĭ medic-martir.

Comitetul de Iniţiativă, compus din 13 persoane, între carĭ şi sub-semnatul, a fost sub preşidenţia d-luĭ prof. dr. Istrati.

Dosarul subscripţiuniĭ s'a depus la biblioteca Societăţiĭ Studenţilor în Medicină, al căruĭ membru a fost decedatul.

FAPTE CLINICE

Dr. Ion G. Nanu (Muscel)

UN CAZ DE PULS LENT PERMANENT

(Boala lui Stokes-Adams) cu Autopsie.

Numărul cazurilor de puls lent permanent observate până acum este relativ mic. In publicaţiunile franceze se găsesc relatate vreo 85 sau 90 de cazuri, în cele engleze cuprinzând în ele şi pe cele americane, sunt publicate alte 53 de cazuri. In Germania studiul boalei lui Stokes-Adams fiind mult timp neglijat, numai în ultimii ani au fost publicate câtevà observaţiuni de către His, Hoffmann, Luca, Jaquet şi Edinger. Tratatele mari de pathologie (Nothnagel, Ebstein şi Schwalbe), apărute de curând în această ţară, nu menţionează decât foarte pe scurt afecţiunea ce ne preocupă. La noi în ţară, după câte ştim, profesorii Buicliu, Stoicescu şi Marinescu au întâlnit fiecare câte un caz de syndromul lui Stokes-Adams; dintre acestea, cazul profesorului Buicliu a fost chiar dat publicităţii (¹).

După o bibliografie destul de complectă relatată de H. Gandon (²) într'o lucrare recentă, numărul tuturor cazurilor publicate până în prezent n'ar întrece cifra de 180.

Dacă cazurile de boala lui Stokes-Adams considerate în general sunt rare, apoi această raritate se accentuează şi mai mult când considerăm cazurile ce au putut fi urmărite până după moarte. La noi în ţară nu cunoaştem nici un caz publicat care să fi fost urmat de necropsie.

Este drept că observaţiunea ce publicăm astăzi, cu toata ne-

(¹) Berliner med. Wochenschrift, 1902.

(²) H. Gandon-Essais sur la pathogénie du Pouls lent permanent. Thèse de Paris, 1905.

cropsia ce am putut face, nu luminează pathogenia acestei curioase şi rare afecţiuni, de oarece leziunile găsite de noi, au fost dejà citate şi sunt de aşà natură încât singure nu pot explicà suficient bradicardia. In schimb însă această observaţiune permiţându-ne a studià de aproape câtevà simptome, contribue a luminà oarecari puncte litigioase asupra cărora părerile sunt încă împărţite.

Iată expunerea cazului nostru:

Costache V. în etate de 72 de ani, intră în serviciul al II-lea medical din spitalul Filantropia la 3 Sept. 1902.

In antecedentele sale hereditare nu găsim nimic însemnat de menţionat. In antecedentele personale găsim un pojar la etatea de 7 ani, friguri în copilărie revenind în mai multe rânduri. De mai bine de 30 de ani are o hernie inguino-scrotală dreaptă, reductibilă; suferă de hemoroizi şi din când în când are perderi de sânge în timpul defecaţiunii.

Debutul boalei. Primele simptome ale boalei ar fi început după spusa bolnavului acum cinci săptămâni. La această epocă observă că osteneşte cu uşurinţă. Indată ce încercà a merge cevà mai iute, sau urcà treptele unei scări, erà imediat apucat de opresiune şi silit să stea pe loc. Are ameţeli, şi în ultimile zile a observat că membrele inferioare şi mai cu seamă picioarele încep a se umflà.

Ingrijat de starea sa, intră în spital. De această scurtă şi primă trecere a sa prin serviciul nostru, eu fiind în vacanţie, n-am putut aveà o observaţiune detaliată. Găsesc însă în notele clinice că s'a observat la dânsul toate semnele unei hyposystolii oedemul membrelor inferioare, sensibilitatea la presiune a regiunii hepatice, matitatea bazelor, raluri congestive la ambele baze, uşor exudat serofibrinos la baza pleurei drepte. Bradicardia e de asemenea menţionată, bolnavul prezentând 36 pulzaţiuni pe minut. Urinele 800 gr. albuminurice. Albumina=1 gr. 50. Toate aceste fenomene se amendează enorm după 2 săptămâni de repaos, de regim lăptat şi de theobromină. La eşire Pulsul 36. Albumina nedozabilă Edemul a dispărut.

Părăseşte serviciul la 17 Sept. spre a reintrà din nou la 13 Octomvrie.

13 Octomvrie 1903. Abià eşit din spital luna precedentă, toate turburările de cari suferia la prima intrare reapar. Ameţelile au continuat, accentuându-se mai cu seamă în timpul mersului. E opresat, osteneşte cu înlesnire şi gâfâe la cea mai mică sforţare. De câteva zile a observat că i se umflă picioarele, mai cu seamă către seară.

Starea prezentă. Bolnavul de constituţie mijlocie, e slab şi palid. La inspecţiune nu se observă nici cicatrici, nici hypertrofii ganglionare. Există edem manifest al gambelor şi la un examen atent se observă că edemul se întinde şi la părţile declive ale coapselor şi chiar la peretele abdominal (regiunea hypogastrică). Examenul objectiv al organelor ne permite să constatăm următoarele:

Inima e mărită de volum. Vârful ei bate în al 6-lea spaţiu inter-costal şi puţin în afară de mamelon. La palpaţiune se percepe un galop tactil manifest, nu se simte nici un freamăt. La ascultaţiune se aude la vârf ritmul de galop însoţit de o uşoară prelungire a primului sgomot.

La bază, în afară de un răsunet diastolic aortic, se percepe un dublu suflu dulce, mesosystolic şi mesodiastolic care persistă şi în poziţiunea şezândă. Bătăile inimei sunt rare = 39 pe minut. Matitatea preaortică = 5 cm. Matitatea precordială întrece cu 1 cm. marginea dreaptă a sternului. Aria matităţii = $129^{\text{cm.}}$ 48. Pulsul forte, plin = 39 pulsaţiuni pe minut. Tensiunea arterială = 24—25. Dansul arterial se observă nu numai în vasele dela baza gâtului, dar chiar pe traectul sub-claviculareі, axilarei şi humeralei. Pe frunte se poate cu înlesnire pune în evidenţă *pulsul capilar.*

La Plămâni există raluri congestive la ambele baze. Respiraţiunea e aspră la vârfuri. Bazele sunt mate, matitatea bazei drepte ocupă tot terţul inferior, nu există însă semnul banului. In repaos bolnavul nu pare dispneisant. Tuşeşte puţin, sputele mucopurulente, nu prezintă nimic particular la examenul microscopic.

Ficatul e dureros la presiune, ptosat, măsoară 11 cm. la percuţine în nivelul liniei mamilare.

Urinele=1000 gr. coloarea galbenă limonie puţin cam turbure. Reacţiunea alcalină. Dens. = 1.020. Materii minerale = 7.71. Materii organice = 17 gr. 75. Urea = 33 gr. 35. Acid uric = 0.34. Acid fosforic = 2.021. Chloruri de sodiu = 12 gr. 57. Albumina = 0.20 gr. $^{0}/_{00}$. Examenul microscopic permite să se găsească numeroşi cristali de Urați de sodiu și amoniac și de Phosphat Amoniaco-Magnesian. Se constată de asemenea și rari-cilindrii hyalini. Cercetarea permeabilității renale prin proba cu albastru de Methylen după procedeul Achard, a arătat că există o diminuare a acestei permeabilități. Albastrul a început să apară în urine după o oră, cantitatea de albastru eliminată în 24 ore a fost mai mică decât jumătatea cantității injectată și durata de eliminare a fost de 90 de ore. Sensibilitatea e conservată, reflexele patelare diminuate de ambele părți, reflexele pupilare conservate. Acuitatea auditivă foarte diminuată.

Mersul este bun dar e modificat din timp în timp din cauza amețelelor cari 'l fac să oscileze și-l silesc să se reazime de pat sau de pereți. Se pune bolnavul la repaos și la regim lăptat absolut. I-se prescrie un drastic, 2 grame de theobromină și 0.50 centigr. de cafeină pe zi.

1 Noemvrie. Amețelile se accentuiază. Puls=27. Tens. arter=22.

6 Noemvrie. Amețelile persist. Puls=26. Tens. art.=22. Ficatul nu mai este dureros la presiune. Edemul a dispărut. Există câteva frecături și raluri congestive la baza plămânilor.

8 Noemvrie. La ascultațiunea inimei, în afară de semnele stetoscopice dejà menționate, se aude în timpul marei tăceri niște *sgomote surde, depărtate.* Intre două sgomote sistolice forți, bine izbite se aud 1, 2 foarte rar 3 de aceste zgomote surde. Ele dau urechii senzația unor bătăi slabe al căror timbru seamănă cu acela al unei contracțiuni cardiace înăbușită.

La palpațiune zgomotele acestea corespund la niște izbiri fine ce se simt în nivelul celui de al 5-lea și al 6-lea spațiu intercostal, izbiri ce se pun și mai bine în evidență pe cardiogramă, unde sunt reprezentate prin niște ridicături mici, scurte, interpuse ridicăturilor mari și ample ce reprezint sistolele forți. (V. Fig. 4).

Pulsul radial=22 e regulat și egal. *Jugularele* sunt agitate de *pulsațiuni vizibile* la distanță, numărul pulsațiunilor jugulare este aproape îndoit decât acel al pulsațiunilor radiale. Aceste pulsațiuni jugulare dispar când bolnavul se ridică în picioare.

30 Noemvrie P.=24 Tens. art.=24—25. Urinele=1000 gr. conțin un nor gros de albumină. Se repetă proba cu albastru și se obține o eliminațiune prelungită (80 ore).

In tot cursul lunei Decemvrie pulsul variază între 27 și 30 pulsațiuni.

3 Ianuarie la vizită. Puls=20. Tensiune=20. Pus să umble în sală și în urmă solicitat să urce și să coboare scara serviciului, bolnavul e vădit ostenit, are chiar puțină opresinne. Cu toată fatiga însă, pulsul rămâne invariabil la 20 pulsații.

4 Ianuarie. La 12 ore noaptea, bolnavul sculându-se din pat și voind să privească ora la pendula din sală, cade brusc și-și pierde cunoștința. Atacul sincopal după spusa bolnavilor a durat scurt timp de oarece până să i-se dea ajutor el s-a ridicat singur în picioare și a putut fi în urmă condus la pat.

5 Ianuarie P=20 Tens.=20. La 9 ore dimineața în timpul vizitei, bolnavul voind să se ridice în poziția șezândă cade din nou și'și pierde absolut cunoștința. Când ajungem lângă dânsul 'l găsim de o paloare extremă și observăm că membrele erau agitate de ușoare tremurături convulsive. După un minut când își recapătă conștiința, bolnavul e apucat de o criză de lacrimi. Imediat după atac puls=20. Urinele=1.200 gr. Albumina 0.20.

6 Ianuarie. Două atacuri sincopale la 7 și la 9 ore dimineața însoțite ambele de svâcnituri convulsive în membre și în mușchii feței. Bolnavul n'a prezentat spume la gură și nu și-a mușcat limba.

Intrebat de noi asupra senzațiunii ce are înainte de a-i veni atacul, el ne spune că simte că o mare căldură i se ridică din spre șira spinării spre cap, că în urmă vederea i se întunecă și cade pierzându-și cu desăvârșire cunoștința.

P = 25 Tens. = 22.

La 10 ore nou atac syncopal însoțit de svâcnituri convulsive.

7 Ianuarie. P=25 N'a mai avut atacuri epileptiforme a avut însă ameţeli și senzațiune de căldură la cap — când a simțit căldura ridicându-se spre cap, a evitat zice dânsul atacul reluând imediat decubitul dorsal.

8 Ianuaria. Urinele=1250 gr. Albumina=0,35 cgr. N'a mai avut ameţeli. Dimineața Pulsul=29 Resp.=18. Seara la orele 6, pulsul se ridică la 33.

9 Ianuarie. P=34 egal și plin. Galopul de la vârf persistă. Se aude în marea tăcere două și câte odată trei zgomote surde înăbușite. Jugularele sunt agitate, prezentă pulsațiuni ce se observ la distanță. Se numără 70 pulsațiuni jugulare la minut. Tensiunea arter=20 — Temp.=37. Urinele=1200 gr. Alb=0.35. Bolnavul se plânge de dureri de cap.

11 Ianuarie. P = 34 Tens art = 20. Urinele = 1400 gr. Alb = 0.40. I se face pentru a 3-a oră injecţiunea cu albastru de methylen pentru cercetarea stării permeabilităţii renale.

Albastru apare în urine după o oră, după 2 ore coloraţiunea urinelor prezentă maximul de intensitate, care se menţine până la a 4-a oră. Către a 5-a oră intensitatea coloraţiunii se slăbeşte treptat până la a 9-a oră, când albastru dispare cu desăvârşire.

Cromogenul însă continuă a se eliminà. La a 11-a oră nouă apariţiunne a albastrului care continuă până la a 13-a, când dispare din nou spre a reapăreà către a 21 oră.

16 Ianuarie. Pulsul = 28 Tens = 22 — Urinele = 1100 gr. Albumină = 0.30 cnt. Albastrul a încetat complect a se eliminà către a 110 oră.

17 Ianuarie. Pulsul = 23 dimineaţa, 27 seara Tens = 22, Urinele = 1200 gr. Albumina = 0,40 gr. — La inimă continuă a se auzì zgomotele surde în marea tăcere şi suflurile mesosystolic şi mesodiastolic dejà citate.

Până la 23 Februarie, nimic particular nu se prezentà observaţiunii.

Pulsul a variat între 22 şi 30 pulsaţiuni pe minut. Tensiunea arterială între 20 şi 23 cm. Urinele = 900 — 1500 gr. Albumina = 0.30 — 0.50 cgr.

24 Februarie. Pulsul — 27. Tensiunea art = 22. Urinele = 1000 gr. Alb. = 0.50 cm.

Bolnavul începe să delireze. Delirul liniştit se mărgineşte la cuvinte. Din când în când părăseşte patul, rătăceşte prin sală, continuă a divagà şi nu e nici odată în stare a se întoarce la pat fără a fi condus.

9 Martie. Bolnavul încă subdelirează din când în când, e însă mult mai lucid că în zilele precedente. Puls = 32 — Tens = 20 Urina = 1000 Alb = 0,50.

28 Martie. Se plânge de ameţeli. De cinci zile n'a mai delirat nici de cum.

Puls = 26 Tens = 22 — Urine 1000 gr.

Părăseşte spitalul după cerere, spre a merge în familie.

La 17 Septemvrie 1903 intră din nou în serviciul nostru. Se pare că aproape cinci luni după eşirea sa din spital, s'a găsit relativ bine. De o lună ameţelile s'au îndesit şi au devenit mai intense. La 6 Septemvrie, 11 zile înainte de intrarea sa în serviciu, mergând pe stradă, are un atac syncopal, cade, îşi perde cunostinţa şi în căderea sa se izbeşte în regiune fronto-sprâncenată dreaptă unde poartă şi astăzi o echimoză ce s'a întins şi la pleoapa inferioară de aceeaşi parte.

Bolnavul se plânge de data aceasta şi de dureri în regiunea precordială şi preaortică, dureri ce se exagerează când se oboseşte sau când face sforţări, de multe ori când merge este silit să se oprească din cauza apariţiunii acestor dureri. La inspecţiune găsim aceeaşi paloare a tegumentelor, acelaş oedem al membrelor inferioare ca şi în data trecută.

Ficatul măsoară 12 c.m. de matitate în direcţiunea liniei mamelare, e dureros la presiune.

Ambele baze pulmonare sunt mate şi la auscultaţiune se aud raluri de congestiune.

Vârful inimei bate în al 6-lea spaţiu intercostal. Galopul tactil dela vârf, dublu suflu mesosystolic şi mesodiastolic dela bază se percep cu înlesnire. Intre fiecare două systole forţi se aude unul sau două zgomote surde, înăbuşite. Matitatea precordială întrece cu 1 cm. $^1/_2$ marginea dreaptă a sternului — Aria matităţii = 137 cm. p. — Pulsul = 27. Tensiunea art. = 28. Există puls capilar. Bolnavul pus să urce scara, cu toată fatiga provocată, pulsul rămâne constant la 27 pulsaţii pe minut. Urinele = 800 cm. conţin un nor gros de albumină.

Se dă un drastic, teobromină şi se pune bolnavul la repaos şi regim lăptat.

Zilele următoare pulsul variază între 24 şi 27 pulsaţii, diureza se urcă la 1500 cm.

La 23 Septemvrie. P = 27. Se face proba cu albastru pentru a se vedeà din nou starea permeabilităţii renale. Eliminaţiunea urmărită se face după typul policiclic continuu şi se prelungeşte până la a 140 oră după injecţiune.

3 Octomvrie. P = 27 Tens 22 — Urinele = 1000. Bolnavul se plânge de ameţeli şi vâjieturi de urechi. La 11 seara are un atac sincopal urmat de câteva mişcări convulsive, cari durează aproape un minut.

6 Oct. P = 30. Tensiune art = 20, Bolnavul acuză un junghiu în nivelul bazei axilei de partea dreaptă. Dyspnea e evidentă R = 35 pe minut T = 37 ; nimic la ascultaţiunea pulmonilor

8 *Oct.* Junghiul a revenit foarte intens. Dispnea continuă R = 35 P = 36. Tens. art. = 20 Urinele = 600 gr, Temp = 38:6.

Respirațiunea aspră și suflantă la baza axilei drepte. Există o zonă de hyperestesie exagerată în acelaș nivel. Se aplică o serie de ventuze pe locul dureros. Potiune cu cafeină. Theobromină.

9 *Octomvrie.* Se percepe un suflu către baza axilei drepte — auzindu-se mai cu seamă în expirație, timbru suflului e ceva mai dulce decât acel al suflului tubar typ — Crepitante la tuse. Există bronchofonie și ușoară pectoriloquie afonă. — Sputa este aderentă. Sgomotele înăbușite din marea tăcere nu se mai aud.

Temp = 38 : 5 P = 48 Tens. art = 12.

11 Octomvrie. P = 48 Tens art = 12—13. Temp = 38°,6. Urinele = 800 gr. albuminoase.

Crepitantele și suflu continuă a se percepe. Inima ascultată mult timp nu permite să se perceapă nici un zgomot în marea tăcere.

15 Octomvrie. Dela această epocă temperatura oscilă între 36° și 37° —Pulsul scade la 33—27 și 24 pulsațiuni pe minut — Zgomotele surde intersistolice au reapărut.

La 23 Octomvrie. Temperatura se sue din nou la 38°,6 P = 42. Tens. art = 18.

Zona de Matitate dela baza pulmonului drept ocupă tot terțul infer. Se aude egofonie —pectoriloquie afonă și frecături.—Puncțiunea exploratrice făcută, permite să se extragă câtevà picături de liquid sero-citrin. Există deasemenea matitatea bazei axilei.

27 Octomvrie. Puls = 45. Tens = 18. T = 48°,4.

30 Octomvrie. Temp = 39°. P = 52. Tens. art = 18.

Către baza axilei în nivelul zonei mate se observă un edem al peretelui toracic ce începe către al V-lea spațiu intercostal și se întinde până în marginea falselor coaste.

In acest nivel se poate percepe chiar senzațiunea de fluctuațiune. Puncțiunea exploratrice făcută în plină tumefacțiune, permite să se extragă o seringă plină de un liquid purulent de o fetiditate excesivă.

Trecem bolnavul în chirurgie. Pleurotomia făcută de amicul și colegul nostru dr. Herescu, permite evacuarea a 2—300 gr. de puroi fetid, culoarea cafelei cu lapte.

Examenul puroiului extras, făcut de d-l dr. Robin, a dat următorul rezultat: Puroi de culoarea cafelei cu lapte, fluid, de miros fetid puternic, fecaloid.

Examenul bacterioscopic arată o adevărată cultură de microbi amestecaţi, între cari se disting coci foarte mici, câte doi şi în lanţuri scurte (se colorează cu gram); bacili mai lungi subţiri (se colorează cu gram); bacili grosciori scurţi (se colorează cu gram), bacili subţiri scurţi, uneori filamentoşi (nu se colorează cu gram). Nu se văd bacili de mărimea şi colorabilitatea bacilului coli. Culturile făcute n'au dat nici o desvoltare pe suprafaţa agarului (anaerobii).

4 *Noemvrie.* P = 30. Tens art = 20. Temp = 37°. Zgomotele surde intersistolice reapar.

5 *Noemvrie.* P = 27. Tens. art = 22 — Temp = 36°,5. Bolnavul spune că se simte bine. Plaga operatorie are un foarte bun aspect — mirosul foetid a dispărut.

7 *Noemvrie.* P = 27. E mulţumit de starea sa, la vizita de dimineaţă e destul de bine dispus.

La 2 ore p. m., e găsit mort în patul său.

Necropsia făcută de d-l dr. Rainer este relatată de d-sa după cum urmează:

Cadavrul de statură mijlocie, slăbit.

Calota craniend, bine conformată, fără asimetrie, pe cale de sclerosare. Meningele subţiri şi mai ales arachnoida, turburi în mod difus, prezentând pe ici pe colea centrii de opacităţi mai mari. Spaţiile subarachnoïdiene sunt distinse de un liquid seros. Venele convexităţii cu puţin sânge. — Mult liquid cefalorachidian. — Arterele verterbrale neegale; cea stângă mai mare ca calibru, vasul cu pereţi mai groşi la pipăit. Găsim pete ateromatoase, una pe latura stângă lângă origină, alta la origina cerebeloasei anterioare şi superioare stângi. Carotida internă prezintă o îngroşare difusă a tunicei interne.

Silvienele şi cerebralele anterioare au pereţii groşi semănând cu nişte artere ale extremităţilor.

Pe carotida internă dreaptă şi silviana corespunzătoare, se observă câtevà plăci de endarterită. Suprafaţa bulbului e pigmentată. Trunchiurile nervoase dela bază nu prezintă nimic anormal. Există o dilataţie însemnată a ventriculului lateral care conţine un liquid incolor şi limpede; ca la 2 linguriţe în fiecare parte.

Vinele striate sunt pline cu sânge. Ependimul este îngroşat, există numeroase granulaţiuni ependimare în vecinătatea septului lucidum. Planşeul celui de al IV-lea ventricul prezentă numeroase granulaţiuni ependimare. Nimic deosebit la cerebel. Stratele optice sunt marmorate.

La deschiderea *Thoracelui* se observă că arterele mamare interne prezint îngroşeri difuze.

Cavitatea pleurală stângă prezintă câtevà aderenţe. Cea dreaptă prezintă aderenţe în nivelul plăgei de pleurotomie; această plagă conduce într'o cavitate mică de mărimea unui măr limitată de aderenţe.

In restul marei cavităţi pleurale se găsesc ca la 500 grame de liquid galben citrin.

Corpul tiroid e bine dezvoltat.

Pericardul conţine 50 grame de liquid galben.

Inima este mare, cântăreşte 560 grame şi prezintă pe faţa sa anterioară şi posterioară *plăci lăptoase* mari şi îngroşeri echivalente în lungul vaselor. Marea venă cardiacă este distinsă. Vârful cordului format de ambii ventriculi e încărcat cu cantităţi moderate de grăsime. Ventriculul stâng contractat conţine sânge negru în parte coagulat. Ventriculul drept are acelaş conţinut. Auriculul stâng conţine chiaguri cruorice, cel drept chiaguri mixte.

Valvulele pulmonare sunt în bună stare.

Valvulele aortice bine păstrate, afară de cea posterioară care prezintă pe faţa parietală a nodulului lui Arantius o placă calcaroasă mică. La origina aortei găsim leziuni iniţiale de endaortită, îngroşeri uşoare ale intimei aşezate în lungul liniei de ocluziune a valvulelor sigmoide. Există un mic pinten calcaros de 3—4 mm. la dreapta coronarei stângi şi câteva mici plăci de endarterită la nivelul trunchiului brachiocefalic, carotidelor şi subclavicularei de aceiaşi parte. Valvulele aortei prezintă ca un arc dus dealungul liniei de inserţie, iar marea valvă mitrală ca continuare a acesteia prezintă şi ea mici plăci îngroşate; în total însă mitrala îşi păstrează subţiimea. Cavitatea ventriculară stângă mărită însemnat, musculatura are $1^1/_2$ cm. grosime, stâlpii nu sunt îngroşaţi.

Cavitatea ventriculului drept e şi ea mărită.

Miocardul e palid, grisatru şi friabil.

Coronara posterioară prezintă o mică distanţă dela origina plăcii galbene de endarterită care sunt astfel dispuse încât în unele pante ocupă toată circonferinţa arterei, fără însă a o obliterà nici a-i reduce lumina într'un mod simţitor.

Plămânul drept. Lobul superior de culoare cenuşie, cel mijlociu şi inferior de consistenţă mai fermă. Stare de hepatizaţie cu culoare roşie mai deschisă. Leziunile trec în mod insensibil în partea sănătoasă. Lobul superior este edemaţiat, din bronchii se scurge prin presiune mucus.

Plămânul stâng, prezintă foarte mici hemoragii în pareuchim.

Cavitatea abdominală. Epiploonul scleros în parte prezentà un număr de pete fine de culoare negricioasă. Colonul transvers e deplasat.

Ficatul descinde cu două laturi de deget sub falsele coaste, consistenţa sa este augmentată mărimea e normală, greutatea = 1450 gr. La secţiune se observă că e mai bogat în sânge. Vezicula biliară mică conţine bilă de culoare cărămizie.

Mucoasa duodenulă nu este colorată cu bilă; apăsând însă pe choledoc se scurge o secreţiune roşcată.

Mucoasa gastrică este acoperită cu un mucus turbure.

Apendicelē vermicular acoperit de Jleon a produs un *absces inchistat* care a pătruns în psoas. *Pancreasul* normal.

Splina mică, lobulată, capsula îngroşată cu plăci de perisplenită. Consistenţa fermă, corpusculii lui Malpighi visibili, trabeculii îngroşaţi. Artera splenică prezintă o scleroză înaintată.

Rinichiul stâng. Mai mare şi mai dur. Capsula adipoasă redusă, cea fibroasă se ridică cu înlesnire luând însă pe ici pe colea şi substanţă din parenchim. Suprafaţa granuloasă, consistenţa augmentată; se observă numeroase chiste cu conţinut galben lichid, limpede.

La secţiune substanţa certicală subţiată (3 mm.) e de coloare palidă şi contrastă cu acea a piramidelor care este roşie violacee. La secţiune suprafaţa se acopere repede cu sânge ceea ce denotà o hyperemie.

Rinichiul drept aceleaşi leziuni. Mucoasa vezicală trabeculară. Nimic la prostată, nimic la testicul.

Aorta abdominală normală, afară de bifurcare, unde se găsesc plăci calcoroase. Diagnosticul Anatomo-pathologic macroscopic se poate deci rezumà după cum urmează:

Edem cerebral, arachnoïdită chronică, edem al meningelor dilatație ventriculară și hydrocefalie internă. Exudat pleuretic drept. Symfisă pleurală parțială a ambilor plămâni. Mică pungă de pleuresie purulentă deschisă prin operație la baza plămânului drept cu focar de pneumonie conrespunzătoare. Edem pulmonar. Hypertrofia și dilatarea inimei și degenerescență parenchimatoasă Ușoară Coronarită, fără stenosă. Nefrită cronică difuză. Splenită cronică fibroasă. Absces apendicular închistat în psoas.

Examenul histologic al rinichilor și inimei făcut de amicul nostru d-nul profesor agregat Sion, a permis să se constate următoarele leziuni:

Rinichii prezint o îmulțire a țesutului conjunctiv dar numai sub forma unei îngroșeri a tecei conjuctive a tubilor renali care a devenit mai groasă și uniformă ca o membrană hialină groasă dar fără nici o reacțiune celulară proliferativă ori inflamatorie. Același aspect prezintă țesutul conjunctiv în piramide. Modificarea ce predomină tot organul e o hyperemie foarte intensă care ajunge până la ruperea vaselor în unele locuri în piramide, dar care e foarte apreciabilă și în substanța corticală în țesutul interstițial și glomeruli ale căror anse vasculare sunt distinse și cu nucleii mai îmulțiți. Se mai adaogă aici în multe locuri o descuamare a endotelului capsular și un exudat granulos albuminos în spațiul periglomerular distins al capsulei. In substanța corticală și în special în tubii contorți, epitheliul e umflat de multe ori nucleii nu se mai colorează, protoplasma celulelor epitheliale se desintegrează și tubii se umplu în parte cu un conținut format din resturi celulare și de o substanță granuloasă coagulată. In tubii drepți și în unele anse ale lui Henle se văd cilindri tipici mai mult ciroși.

Inima. Epicardul îngroșat mult și încărcat de grăsime. De aici plecând țesutul conjunctiv pătrunde și în myocard, distanțând și comprimând fasciculele musculare sau chiar fibrele între ele. Ca și în rinichi, există acì o îngroșare simplă a țesutului conjunctiv fibros fără reacție inflamatorie constatabilă. Fibrele musculare arată o exagerare a striațiunei transversale prin o umflare a discurilor transparente. Mai rareori striațiunea e din potrivă mai ștearsă. Exagerarea striațiunii transversale, prin mecanismul amintit, merge uneori până să manifeste o tendință a fibrilei musculare de a se rezolvà în discuri. Nucleii musculari sunt relativ bine păstraţi, în jurul lor e aglomerată în cantitate apreciabilă o substanţă pigmentară sub formă de grăunţe mari.

Examenul microscopic al systemului nervos datorit extremei amabilităţi a amicului meu profesorul G. Marinescu, a dat următorul rezultat:

Bulbul examinat în serii cu metoada lui Nissl, nu se constată nici o leziune în nucleul ventral sau în nucleul dorsal al nervului pneumogastric. Celulele nucleului dorsal sunt pigmentate, modificaţiune care n'are nici o semnificaţiune deosebită. Vasele meningelor bulbare nu sunt mai îngroşate decât la indivizii de etatea subiectului căruia i s'a examinat piesele. Substanţa cenuşie şi albă a bulbului nu conţine vase îngroşate sau infiltraţiune de celule rotunde. Fasciculul solitar şi corpii restiformi sunt de asemenea normali

Ganglionul superior al *Sympaticului Cervical* nu arată vre-o leziune importantă. În fine nici bulbul, nici ganglionii sympaticului nu prezint leziuni cari să explice modificaţiunea ritmului pulsului.

În observaţiunea noastră găsim într'un mod evident cele două symptome cardinale ale boalei lui Stokes-Adams: *rărirea permanentă a pulsului* şi *crizele sincopale.*

Rărirea pulsului. În tot timpul cât bolnavul a stat în serviciul nostru (aproape 8 luni) numărul pulsaţiunilor a variat între 20 şi 52 pe minut. Nici odată frequenţa pulsaţiunilor n'a fost influenţată de starea de fatigă sau repaus a bolnavului. În mai multe rânduri fiind pus să sue şi să coboare scara serviciului, numărul pulsaţiunilor a rămas invariabil acelaş.

În afară de acţiunea fatigei, bolnavul nostru ne-a permis a studià influenţa temperaturii asupra frequenţei pulsului.

Se ştie că după opiniunea generalmente admisă, temperetura n'ar aveà nici o influenţă asupra acestei frequenţe.

Se citează cazurile lui Potain şi Huchard în cari bolnavii atinşi unul de Embaras gastrică febrilă, celălalt de pneumonie, prezentând amândoi o temperatură de 40°, abià s'a observat la dânşii o variaţiune de 5 la 8 pulsaţiuni.

După observaţiunile noastre, există cazuri însă în cari frequenţa pulsului rar, este notabil influenţată de temperatură. Aşà în cazul de faţă bolnavul fiind atins de o pleuropneumonie şi în urmă de o pleurezie purulentă închistată, pulsul şi-a mărit frequența în tot timpul perioadei febrile. Acțiunea febrei este cu atât mai evidentă și cazul cu atât mai instructiv cu cât între epoca defervescenții pneumonice și aparițiunea supurațiunii pleurale a urmat un interval de apirexie în care pulsul a revenit la rărimea lui anterioară pentru a se îndesì din nou cu aparițiunea febrei de supurațiune. Fig. 1 și fig. 2.

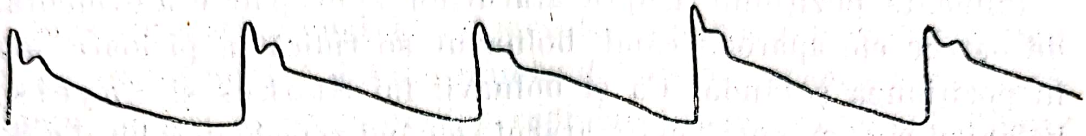


Fig. 1. Traseul pulsului radial în timpul febrei.

In timpul evoluțiunii simptomelor pneumonice temperatura suindu-se la 38° 6, pulsul s'a ridicat la 36 și în urmă la 48 pulsațiuni pe minut la care cifră s'a menținut în tot timpul perioadei febrile spre a scădeà cu ocaziunea defervescenței la 33 la 27 și chiar la 24 pulsațiuni.

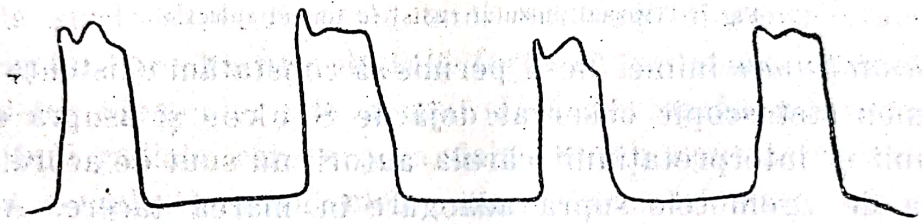


Fig. 2, Cardiograma luată în timpul febrei.

Opt zile în urmă, când simptomele supurațiunii pleurale devin manifeste, pulsul urmează ascensiunea termică, ajunge la 52 pulsațiuni atunci când temperatura se ridică la 39° și scade la 27 când după evacuarea pleurei temperatura revine la normală.

Influența temperaturii asupra pulsului a fost dar în acest caz nu se poate mai clară și mai evidentă.

Intr'un alt caz de puls lent permanent observat de noi în oraș, la care bradicardia durà de 9 ani și unde numărul pulsațiunilor varià între 30 și 35 pe minut, am văzut numărul acestor pulsațiuni îndoindu-se cu ocaziunea unor abscese ale peretului abdominal, ce făcuse să se ridice temperatura la 40°.

Rărimea pulsului în acest syndrom nu este dar totdeauna indiferentă, gradului de temperatură ce prezintă bolnavul.

Crisele Syncopale au fost precedate, după cum se vede din observațiune, de rărimea excesivă a pulsului. O zi înainte de prima aparițiune a acestor crize, pulsul a descins la 20.

Caracterul crizelor n'a fost totdeauna curat syncopal, de oare ce au fost dăți când ele erau însoțite de mișcări convulsive tonice, analoge cu mișcările epileptiforme.

Crizele erau precedate de un aura ce consistă într'o senzațiune de căldură care pleca din regiunea dorso-lombară și se ridica spre cap.

Influența pozițiunii asupra atacurilor syncopale erà evidentă, de oarece ele apăreau când bolnavul se ridicà în picioare sau în pozițiunea șezândă. Ca și bolnavii lui Stokes și Snyers, bolnavul nostru, puteà evità atacul reluând repede decubitul dorsal imediat după aparițiunea aurei sensitive de care am vorbit.

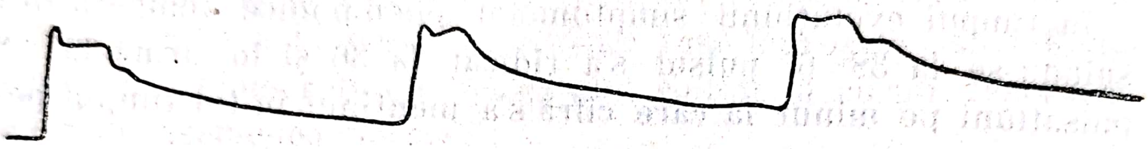


Fig. 3. Traseul pulsului radial în timpul apirexiei.

Ascultațiunea inimei ne-a permis să constatăm existența unui fenomen stetoscopic observat dejà de Stokes și asupra explicațiunii și interpretațiunii căruia autorii nu suut de acord. Este vorba de zgomotele supra adăogate în marea tăcere. Aceste zgomote surde, depărtate, dând urechei senzațiunea unei contracțiuni cardiace înăbușite sunt considerate de Huchard, ca niște sistole incomplecte, avortate, pe care el le numește chiar „Sistole în echo". Pentru Stokes, Chauveau și Vaquez zgomotele în chestiune ar fi datorate unei contracțiuni izolate a auriculelor, iar pentru Pouzin (¹) ocluziunii valvulelor auriculo-ventriculare cari urmează imediat sistolei auriculei și însoțește debutul diastolei. Cercetările ce am făcut asupra bolnavului nostru ne face să adoptăm opiniunea lui Huchard, care crede că aceste sgomote sunt datorate unei systole ventriculare incomplecte.

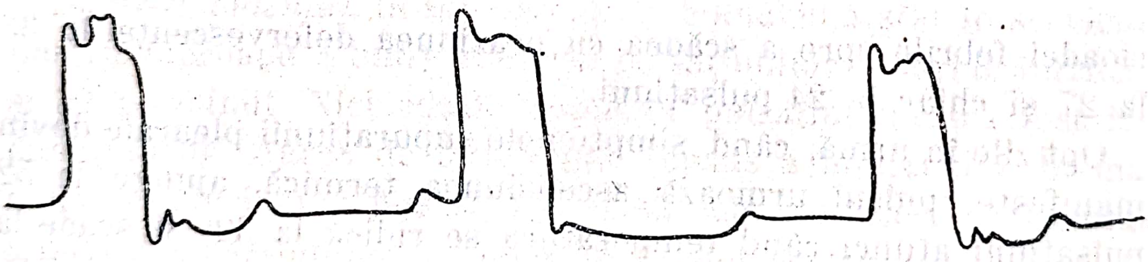


Fig. 4. Cardiograma luată cu Sphygmograful în timpul apirexiei.

(¹) Pouzin. Pouls lent permanent et bruists surajouté dans le grand silence Th. Paris. 1898.

O mică ochire aruncată asupra cardiogramei (Fig. 4) alăturate obţinută de noi prin aplicaţiunea sfigmografului în nivelul celui de al 5-lea spaţiu intercostal stâng, elucidează credem în destul această cestiune. In adevăr pe acest traseu luat just în nivelul ventriculelor, către vârful inimei, unde nici nu poate fi vorba de auricule, se observă foarte bine ridicăturile mici corespunzătoare zgomotelor surde din marea tăcere.

Pulsatilitatea jugularelor observată la bolnavul nostru cât timp el păstrà decubitul dorsal, numărul acestor pulsaţiuni care erà dublu de acel al pulsaţiunilor radiale, disparaţiunea pulsaţiunilor jugularelor în timpul febrei când bătăile inimei erau mai frecuente şi când nu se mai percepeau sgomotele surde din marea tăcere, pledează asemenea pentru origina ventriculară a acestor sgomote.

In adevăr totul s'ar puteà explicà dacă s'ar presupune că zgomotele surde sunt datorate unei contracţiuni ventriculare incomplecte, care nu are destulă forţă să provoace deschiderea valvulelor sigmoide a le aortei şi să dea astfel nascere unei pulsaţiuni radiale, care e prea slabă pentru a puteà realizà oclusiunea complectă a valvulelor auriculo-ventriculare, dar care mai posedă încă energia a transmite o undă sanguină slabă în jugulare cât timp bolnavul păstrează decubitul dorsal. Dacă pulsaţiunile jugulare dispar în poziţiunea verticală, aceasta provine probabil din cauza slăbiciunii sistolei avortate care are să lupte în această poziţiune pe de o parte cu forţa de vis-a-tergo a sângelui venos, iar pe de alta cu acţiunea gravităţii.

In ceeace priveşte pathogenia acestei afecţiuni, cazul nostru cu toată necropsia de care a fost urmat, n'a adus nici o lumină nouă. In adevăr leziunile găsite de noi la autopsie: Arterio scleroza, myocardita sclero-parenchymatoasă, hypertrofia şi dilataţiunea inimei, nefrita cronică difuză, sunt tot atâtea leziuni ce au fost dejà citate de diverşi autori şi cari sunt de aşà natură în cât singure nu pot explicà suficient bradicardia.

Imprejurarea că toate aceste leziuni le putem întâlnì şi în afară de syndromul pulsului lent permanent, ne face să vedem că determinismul acestei afecţiuni nu este încă bine şi complect cunoscut.

In adevăr, în afară de cazul de arterio scleroză înaintată, însoţită de obliteraţiunea totală sau parţială a arterelor bulbare și de cazurile de compresiune sau leziuni ale pneumogastricului, pathogenia syndromului lui Stokes-Adams rămâne încă obscură.

Se poate spune într'un mod general, că acest syndrom apare sub influența tuturor cauzelor cari lucrează asupra systemului frenator al pneumogastricului, fie la nivelul nucleului bulbar, fie pe traectul nervului însăși.

Dr. Petru Găleșescu și **Victor Grădinescu.**

UN CAZ DE SEPTICEMIE EBERTHIANA

Pe la începutul lui Septembrie a. c., intră în servicul medical al d-lui dr. Urlățeanu pacientul V. C., de profesiune lemnar, în etate de 18 ani. Boala lui datà de vreo lună, când a început să se simtă foarte puțin indispus. După câteva zile și într'un mod insiduos, începù să simtă dureri vagi toracice, tușeà puțin fără să expectoreze. N'aveà nici o altă turburare. Apetitul erà păstrat. Aveà puțină temperatură pe care o observà mai cu seamă spre seară. In această stare, muncind încă, a dus-o cam vreo 3 săptămâni. Singura schimbare, care se produse în boala lui în acest interval, a fost o pronunțare din ce în ce mai mult a tusei, însoțită de astădată și de expectorație abondentă galbenă-verzue, purulentă. Cu o săptămână însă, înainte de a intrà în spital, pe lângă fenomenele de mai sus, altele au început a se adăogà; anume aveà dureri violente de cap, insomnie, amețeli, epistaxis puțin abondent, temperatură mare spre seară. Din partea aparatului digestiv nici o turburare, apetitul îl aveà încă și bolnavul continuă a mânca masa obicinuită. Se simțeà relativ destul de vioi și nu vroià să rămâe la pat, deși i-am propus aceasta câteva zile de a rândul când venià la consultațiile gratuite. Simțindu-se din ce în ce mai rău, la 5 Septembrie s'a decis a intrà în serviciu.

Ca stare generală bolnavul erà destul de bine pentru o febră tifoidă pe care noi o presupuneam dela început. Se plângeà mult de tuse, care în adevăr erà foarte pronunţată, cu o expectoraţie foarte abondentă muco-purulentă, aerată, verzue. Aveà cefalee intensă, insomnie, puţine vărsături. Din când în când câte un mic epistaxis. Aveà apetitul păstrat, scaunele regulate. N'aveà dureri abdominale. Faciesul bun, pometele puţin roşii, figura veselă, limba îngustă, roşie, uscată. Temperatura 39° seara, 37⁴ dimineaţa, pulsul frecuent, nedicrot (100 pe minut).

Abdomenul, foarte puţin balonat, nedureros la presiune. Pe suprafaţa sa se observă câtevà pete mici, roşii, necaracteristice. Splina mărită, se simte sub falsele coaste. Ficatul nu e mărit. Nici o turburare din partea organelor urinare; n'are albumină în urină.

Cordul, cu bătăile cam frecuente, ritmul şi intensitatea normale. La pulmoni, sonoritate pretutindeni, cu vibraţiile puţin exagerate. Numeroase raluri ronflante şi sibilante, pe toată întinderea ambelor pulmoni, atât pe faţa anterioară cât şi pe cea posterioară.

In antecedente nimic important.

Bolnavul, fiind în această stare cu toată lipsa de turburări gastro-intestinale, diagnosticul de febră tifoidă erà evident şi un sero-diagnostic negativ nu ne-a putut schimbà părerea. Peste 4 zile însă un nou examen, ne-a adus confirmarea.

Cu toate acestea bolnavul, făceà o febră tifoidă uşoară. Temperatura se menţineà la 39° şi sub 39°. Pulsul nu întreceà 100 pe minut, foarte puţin dicrot, în urmă. Faciesul vesel. Apetitul i-a diminuat, abdomenul se escavase puţin, scaunele regulate. Ceea ce a predominat încă câtevà zile, au fost fenomenele pulmonare. Incetul cu încetul însă, aceste fenomene au început a se amendà, totul păreà a merge în spre cel mai frumos rezultat, temperatura scăzuse la 37⁴, pulsul 80 pe minut, chiar fenomenele pulmonare începuse a se amendà. Această stare a durat câteva zile, când de odată, într'un mod brusc, temperatura s'a ridicat la 39°, pulsul devine foarte frecuent, dicrotismul mult mai pronunţat, bolnavul se plânge de un junghiu puternic sub mamelonul drept. Tuşeà continuu, cu toate că expectoraţia devenise mai puţin abondentă. Examinând cu deamănuntul toate organele, nu găsim decât o submatitate la baza pulmonului drept cu frecături pleurale fine. Această stare continuă a persistà. In câteva zile, de unde la început prognosticul păreà a fi favorabil, se produse o schimbare mare în mersul clinic al bolnavului. Liniştit la început, a devenit în urmă foarte agitat, cu delir continuu. Temperatura făceà platou la 39°. Pulsul frecuent, dicrot, regulat însă ca ritm şi intensitate. După 8 zile, starea bolnavului se menţineà aceeaşi, în plus se ivì o dispnee din ce în ce mai mare. Examenul repetat al pulmonului ne-a arătat dezvoltarea unei pleurezii drepte; făcându-i o puncţie şi examinând conţinutul s'a găsit, un lichid sero-purulent cu foarte multe elemente polinucleare şi rari bacili, dovediţi, după cum vom arătà la urmă, ca fiind bacilii Eberth.

Pe de altă parte, odată cu fenomenele pulmonare, se ivì şi fenomene nervoase cari predominau, căci, bolnavul erà agitat continuu, aveà un delir neîntrerupt, vorbind de călătorii prin America cu balonul şi altele. Pupilele erau foarte dilatate. Nici un alt fenomen de meningită.

In acest timp, temperatura deşi se menţineà la 39° şi după 10 zile dela începutul fenomenelor pleuretice, căzuse sub 38°, totuşi pulsul continuă a se menţine peste 100 pe minut, dar încă destul de plin şi sigur. Nu se constată nimic particular la cord. In timpul din urmă, bolnavul aveà apetitul mărit; abdomenul scobit nedureros, scaunele regulate. In această stare boala a durat până la 1 Octombrie, când se observă brusc o ridicare de temperatură, însoţită de creşterea numărului pulsaţiilor la 160 pe minut, pulsul nesigur, totdeauna dicrot. A doua zi temperatura a scăzut, pulsul a continuat însă a se menţine la 140 pe minut regulat, dicrot, neegal ca intensitate. Matitatea precordială, puţin mărită, bătăile cardiace cam surde, dând perfect ritmul fœtal. Starea de agitaţie a continuat încă 2—3 zile, bolnavul a început prin a aveà de câtevà ori colaps şi a sfârşit prin a sucombà în urma unui asemenea acces, în ziua de 7 Octombrie, a 7-a zi dela începutul boalei.

Inainte de a descrie necropsia, care ne-a arătat multe lucruri să revedem, mersul clinic al boalei. Incepând prin o bronşită prelungită mult timp, în care simptomele dela început ale febrei tifoide s'au confundat, boala păreà a luà un mers bun. Dar pulmonul care a dat semnalul tot el a fost acela care a început şirul complicaţiunilor. El a fost acela asupra căruia febra tifoidă a avut mai mult răsunet, şi a fost urmat de complicaţiunile din partea cordului, cari au dat, bolnavului lovitura fatală. In adevăr judecând după mersul baolei, cordul pacientului erà foarte resistent; febra tifoidă propriu zisă, avusese puțin răsunet asupra lui. Dar când a venit seria complicațiunilor, pleurezia și meningita, cu pericardita, cordul nu a mai putut suportà o supra adăogare de toxine și miocardul a trebuit să cedeze.

In ultimul timp s'a luat sânge dela bolnav și s'a însămânțat în 3 baloane cu 250 gr. bulion, în care s'au desvoltat bacili, cu toate caracterele bacililor lui Eberth.

La necropsie s'a găsit:

In *cavitatea pleurală* dreaptă ca la un litru de lichid purulent alb cu falșe membrane plutitoare, fragede. *Pulmonul* erà strâns și împins spre unghiul costo-vertebral. La secțiunea pulmonilor se constată puțină congestie, dar ceea ce se observă bine sunt bronchiile cari mai toate, mai ales la pulmonul stâng, sunt pline cu dopuri de puroi.

In pericard, se constată prezența a 200 gr. de lichid citrin puțin turbure. Pericardul de culoare palidă; iar pe suprafața foiței viscerale spre baza cordului câteva plăci lăptoase, mari cât o piesă de 5 lei, fragede, deslipindu-se cu multă ușurință. *Cordul* de volum normal, cu musculatura flască, subțiată mult, la secțiune miocardul are o culoare galben-palid, și e foarte friabil. In secțiunile microscopice s'a observat o degenerescență granulo-grăsoasă, alături însă de fibre alterate se găseau încă și fibre normale. Există o multiplicațiune de nuclei cu o tumefacție a protoplasmei înconjurătoare; țesutul interstițial conțineà un mare număr de elemente celulare noui.

Atât valvulele sigmoide cât și cele auriculo-ventriculare normale. Nu constatăm nimic din partea celorlalte organe mediastinale.

In cavitatea abdominală, *leziunile plăcilor lui Peyer* sunt aproape complect cicatrizate; abià dacă cu greutate se mai poate distinge procesul ulcerativ.

Splina mărită, pulpa roșie deschis, difluentă. Capsula și traveurile sunt însă îngroșate.

Ficatul cântărește 1500 gr. La secțiune are un aspect lucios și o culoare brună palidă. E foarte friabil.

Capsulele supra renale, palide, flasce.

Pancreasul de asemenea foarte flasc, de o culoare galben palid, e foarte friabil.

Rinichii, cu suprafaţa netedă, roşiu, brun deschis, arată prin secţiune că substanţa corticală e palidă şi de 1 cm. grosime Piramidele sunt de o culoare ceva mai închisă şi se disting bine de substanţa corticală. Substanţa renală e foarte friabilă, suprafaţa de secţiune păstrând un aspect neted, lucios. Capsula se decortică cu coa mai mare uşurinţă. Ţesutul adipos din loja renală este dispărut.

Nimic important la restul organelor genito-urinare.

Deschizând *cavitatea cranienă* se constată că lichidul cefalo-rachidian e abondent, cam turbure. Substanţa cerebrală şi medulară este foarte moale, cavităţile ventriculare destinse de lichidul cefalo-rachidian. Nucleii centrali palizi, nu se constată nici la meningele craniene, nici la cele rachidiene nimic deosebit.

Iată în câteva cuvinte descrierea necropsiei. Ea ne-a arătat că pe lângă leziunile pleurei, pericardului şi miocardului mai era şi o meningită cu leziuni anatomo-patologice evidente. Am văzut însă care a fost mersul clinic, aproape nici un simptom nu ne îndreptăţià să ne gândim la o meningită. Agitarea şi delirul erau consecinţele naturale ale unui organizm complect intoxicat. Pericardita prin matitatea precordială puţin mărită şi prin bătăile cardiace ce devenise mai surde, având în vedere şi infecţiunea generalizată, cliniceşte a existat, dar simptomele ei incetul cu încetul s'au pierdut în ultimele manifestaţiuni clinice ale miocarditei.

In timpul vieţei, am luat dela bolnav sânge spre a se examinà, precum şi lichid pleuretic extras prin puncţie. La autopsie, am luat din nou lichid din pleură, precum şi din pericard şi din lichidul cefalo-rachidian. In toate acestea s'au găsit bacili.

Pentru a ne convinge că aci am avut a face cu bacilul lui Eberth am făcut mai multe cercetări. Anume prin examenul pe lamă s'a constatat prezenţa unor bacili ce nu ţin Gram, având în totul aspectul bacilului tific. Culturile făcute, cu lichidul pericardic, pleural şi cefalo-rachidian ca şi, în viaţă, din sânge în bulion lactozat nu a produs gaze, în lapte pe care nu l'a coagulat, pe mediul lui Drigalski-Conradi, ca şi pe turnesol a dat naştere la colonii albaştrie. In culturile din bulion reacţia indolului a fost negativă, sero-reacţia cu sângele de la o febră tifoidă tipică a dat aglutinare, deci a prezentat toate reacţiunile bacilului lui Eberth.

Importanța acestui caz, credem că a eșit din descrierea aproape complectă a observațiunii clinice, a autopsiei și a lucrărilor de laborator complimentare. Bacilul lui Eberth s'a găsit pretutindeni, fie în sânge, în lichidul pleuretic, pericardic și cefalo-rachidian Din toate acestea o deosebită atenție merită pericardita având în vedere raritatea cazurilor. De cele mai multe ori (Brouardel și Thoinot), „istoricul său e aproape pur anatomic". In cazul nostru câteva simptome ne-au îndreptățit a ne gândì la pericardită și autopsia a arătat intense leziuni ale pericardului. Organizmul întreg a fost invadat, a fost o adevărată septicemie cu localizări de leziuni în diferite organe, cari, dacă n'au reacționat toate clinicește, e că au găsit dejà un organizm profund intoxicat care suferise dejà lovitura febrei tifoide.

FAPTE ANATOMO-PATOLOGICE

Prof. G. Stoicescu ȘI **Dr. Fr. I. Rainer**
Profesor de clinică medicală la Facultatea din București
Șef de laborator al clinicei

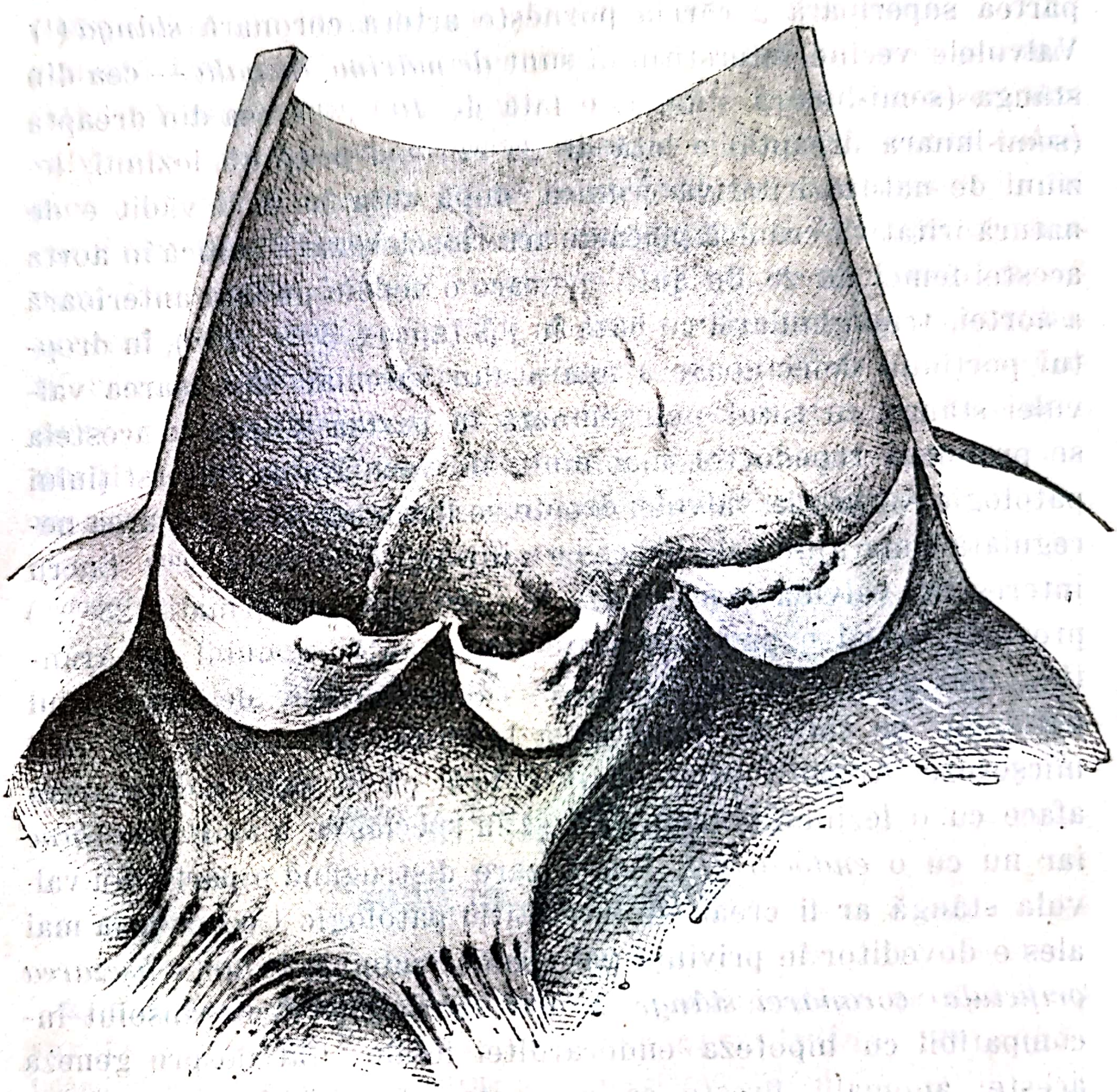
DESPRE UN CAZ DE INSUFICIENȚA CONGENITALA A VALVULELOR AORTICE

Anomaliile congenitale ale sigmoidelor aortice, deși mai puțin frecuente ca acele ale pulmonarei, totuși nu sunt prea rare. Dilg, într'un studiu mai vechiu publicat în arhiva lui Virchow (vol. 91, pag. 219) dă o statistică, care cuprinde *28* de cazuri de orificii aortice înzestrate cu *două*, *patru* și chiar *cinci* valvule semi-lunare, față de *90* de cazuri de asemenea anomalii numerice la artera pulmonară. Fără îndoială, aceste cifre sunt prea mici, chiar pentru epoca lucrării lui Dilg(1). Oricine a făcut un număr mai mare de necropsii, de sigur că a dat din când în când de câte o anomalie valvulară arterială, fie de ordin numeric, fie numai de ordin morfologic, *de obicei însă lipsite de importanţă patologică;* numai starea de bivalvularitate, uneori, poate aveà ca urmare o insuficienţă. Din punctul de vedere al patologiei, piesa pe care o descrim mai la vale, prezintă un interes real. Ea a fost găsită la necropsia unei bolnave, Ana C. . . . . . ., în etate de 28 ani, de meserie casnică, căsătorită, intrată în serviciul I clinicei medicale, dela spitalul Colţea cu fenomene intense de *angor pectoris*, neinfluenţate de morfină şi de nitrit de amil, şi sucombată, puţine ore dela primire, în ziua de 19 Iulie 1901. Necropsia făcută în ziua următoare, ne-a dat următorul diagnostic anatomo-patologic: *Hipertrofia excentrică şi concentrică a ventriculului stâng, degenerescenţa grăsoasă a miocardului, cu deosebire întinsă în muşchii papilari ai mitralei; insuficienţa aparatului valvular aortic, datorită micimii congenitale a sigmoidei stângi; anomalie de situaţie a orificiului coronarei stângi; stenoza orificiului coronarei drepte, datorită unui proces de endaortită cronică, localizat la originea aortei în dreptul defectului valvulare.— Hidrotorax.— Induraţia roşie a plămânilor.— Stază cronică în ficat.— Induraţie cronică a splinei.— Degenerescenţă parenhimatoasă a rinichilor.— Mic nodul adenomatos în lobul stâng al glandei tiroide.— Ovarită chistică; hidrosalpinx bilateral; aderenţe epiploico-anexiale.— Endometrită catarală cronică.*— Deschiderea cavităţii craniane nu s'a îngăduit.—Mai adăogăm, că cadavrul erà al unei persoane de statură mijlocie, *bine constituită* şi prezentând o stare de nutriţie bună. *Nici o altă anomalie.* Aorta, în special, bine desvoltată. Iată descripţia cordului, întru cât prezentà particularităţi demne de relevat.

Cordul e mărit de volum şi această mărire interesează mai mult ventriculul stâng. Culoarea musculaturii văzută la suprafaţă e mascată de nuanţa vânătă datorită hiperemiei venoase. Jumătatea stângă a cordului conţine chiaguri mai mult cruorice; jumătatea dreaptă sânge lichid roşiu-negricios şi chiaguri cruorice. Proba cu apă ne arată insuficienţa aparatului valvular aortic, suficienţa celui pulmonar. Mitrala şi tricuspida normale. Cavităţile ventriculare dilatate, dilatare ce se manifestă şi prin turtirea muşchilor papilari, mai ales pronunţată în stânga. Musculatura şi-a păstrat grosimea obicinuită; în stânga grosimea ei e de aprox. $1^{\text{c.m.}}$ Greutatea cordului e de 300 gr. Musculatura e umedă, bogată în sânge şi prezintă aspectul cărnei fierte; iea e friabilă. Musculatura subt-endocardică prezintă net un mare număr de pete gălbenii, de degenerescenţă grasă, mai ales numeroase pe muşchii papilari (¹). — Nimic anormal la artera pulmonară, nimic la septul interauricular. Tot interesul se concentrează asupra

---

(1) In tratatul de pediatrie a lui Gerhardt, *Tübingen 1878*, Vol. II, 1. se găseşte o adevărată monografie despre afecţiunile congenitale ale aortei, lucrată de C. Rauchfuss. — Mai vezi şi lucrarea, foarte bogată în date, a lui H. Vierordt, întitulată „*Die angeborenen Herzkrankheiten.*“ Viena 1898.



(¹) Examenul microscopic a coroborat această constatare.

orificiului aortic. Il secționăm între sigmoida posterioară și cea din dreapta. Figura care urmează, reproducerea unui desemn făcut de d-l Dr. A. Vexler, arată în mod clar aproape toate amănuntele care ne interesează. Vedem mai întâi interstițiul — lat de 4 $^1/_2$$^{mm.}$—dintre cele două semilunare anterioare. In acest interstițiu vedem un orificiu, orificiul unei mici depresiuni, din partea superioară a căreia pornește artera coronară *stângă* (1). Valvulele vecine interstițiului sunt *de mărime inegală* — cea din stânga (semi-lunara stângă) e lată de *10* $^1/_2$$^{mm.}$ cea din dreapta (semi-lunara dreaptă) e lată de *22*$^{mm.}$ — și prezintă leziuni, leziuni de natură iritativă cronică, după cum în mod vădit e de natură iritativă cronică placa de arterioscleroză, — unică în aorta acestei femei de 28 de ani — pe care o vedem pe fața anterioară a aortei, triunghiulară, cu baza în jos (aprox. 3$^{cm.}$: 4$^{cm.}$), în dreptul porțiunii defectuoase a aparatului valvular. Ingroșarea valvulei stângi, cu totul neînsemnată în partea stângă a acesteia se pronunță repede tot mai mult, în vecinătatea interstițiului patologic; alterația valvulei drepte se limitează la îngroșarea neregulată a marginii sale libere pe o întindere de vre-o 8$^{mm.}$ Lucru interesant, valvula posterioară, în total bine conformată (23$^{mm.}$) prezintă totuși o particularitate importantă: nodulul lui Arantius, mai gros, e deviat astfel în cât se apropie de interstițiul patologic, pe care de sigur aveà tendința să-l umple, ori să-l micșoreze. Aceasta chiar ne-ar indicà, că în cazul nostru avem a face cu o leziune congenitală și în special cu o *malformațiune* iar nu cu o *endocardită fetală*, care distrugând o parte din valvula stângă ar fi creat un interstițiu patologic. Ceeace însă mai ales e doveditor în privința patogenezei admise de noi, e *așezarea orificiului coronarei stângi în acel interstițiu*, lucru absolut incompatibil cu hipoteza endocarditei fetale. Cât despre geneza acestei anomalii, firește că nu putem face decât presupuneri. Adoptând schema lui Gegenbaur, am puteà admite că septul arterial a divizat în 2 părți inegale mugurele primitiv din bulbul arterial, din care rezultă sigmoida pulmonară și cea aortică stângă, făcând-o pe aceasta din urmă mai mică. Cu mai mult temei s'ar puteà fixà *epoca*, la care s'a produs malformațiunea. In a 6-a săptămână a vieții intra-uterine începe diviziunea trunchiului arterial primitiv (Ecker); în a 7-a încep să se formeze valvulele semi-lunare (Kölliker); înainte de sfârşitul celei de a 2-a lună, trunchiul aortei ie complect separat de trunchiul arterei pulmonare. Putem deci bănui, că tulburarea desvoltării s'a petrecut în timpul celei de a 6-a—8-a săptămână a vieţii embrionare.

---

(1) Această modalitate a originei arterelor coronare e frequentă.

Dar care e cauza morţii? Insuficienţa aortică, compensată în cursul unui şir lung de ani, de sigur ar fi putut rămâneà compensată încă mult timp. Hipertrofia miocardului, deşi pronunţată, erà moderată.—Nu avusese loc nici o infecţiune a seroasei valvulare, care, totuşi, se aflà în stare de minoră rezistenţă.—Angina de piept şi moartea au survenit, însă, din cauza insuficienţei cardiace, datorită irigaţiunii rele a miocardului. Intr'adevăr, amănunt important, orificiul coronarei drepte îl vedem aşezat *în cuprinsul plăcii arteriosclerotice*, foarte strîmtorat, aproape punctiform; iar orificiul coronarei stângi, aşezat *în focarul insuficienţei valvulare*, de sigur că primià sângele subt o presiune prea mică. (¹) Putem dar conchide, că în cazul pe care l'am descris, moartea a fost consecinţa unei malformaţiuni congenitale.

LUNA MEDICALĂ

SOCIETAŢI SAVANTE STRAINE

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

No. 26.

R. Lépine et **Boulud.** **Influence de la macération du pancréas sur la glycémie et sur le pouvoir glycolytique du sang.** Luând câteva grame de pancreas de bou, sfărămându-le cu îngrijire împreună cu nisip sterilizat, adăogând greutate egală de apă destilată, lasă la macerat câteva ore şi filtrează după aceea. Injectând 5 cm. c. din acest lichid, intra-venos, unui câine, în primele ore nu se observă nici un simptom apreciabil; după 24 ore luând sânge, se constată o *ipoglicemie* şi o *exagerare extraordinară a puterii glicolitice* a sângelui. Aceste fenomene nu-s observabile dacă se iea sânge după 2, 6 sau 8 ore. Dacă in vitro la sânge defibrinat se adaogă o proporţie mult mai forte de macerație de pancreas, nu se observă

(¹) Incolo arterele coronare ierau în bună stare şi cu calibrul normal. Placa arteriosclerotică prezenta structura tipică.

augmentare de glicoliză. **Lépine** observase de acum zece ani lucruri asemănătoare, când excita nervii pancreasului.

J. Clufet. Sur la loi d'excitation des nerfs par décharges de condensateurs. Răspunzând la o critică a d-lui şi d-nei Lapicque vrea să stabilească numai părţile, unde nu sunt de acord. Aşă legea lui Weiss o găseşte bună numai pentru muşchi rapizi, admiţând ca foarte bună pentru muşchi lenţi formula propusă de d-l şi d-na Lapicque.

E. Laguesse et **A. Debeyre.** Grains de Cl. Bernard et trypsinogène. A. căutând să vadă constituţia intimă a acestor granulaţiuni ajung în urma unor cercetări minuţioase la concluzia că acele granulaţii par constituite de o substanţă albuminoidă specială, care e capabilă să dea incet, în mici cantităţi, printr'un fel de fermentaţii probabil, o massă relativ considerabilă de ferment tripsinic. Numai ca atari, granulaţiile lui Cl. Bernard trebuesc privite ca având un rol zimogen. Maceratele de pancreas păstrate absolut aseptic sunt cu atât mai active cu cât au stat mai mult.

A. Cligny. Sur un Lernaenicus parasite du Sprat. A. raportează că a găsit un parazit la peştele *Clupea sprattus* şi îl aşează cu oarecare ezitare în specia L. Sprattae.

L. Garrelon et **J. P. Langlois.** Polypnée thermique à type périodique. In cursul cercetărilor făcute de A. asupra polipneei au observat un tip de respiraţie net periodic. Erà vorba de un câine cloralizat, având temperatura 41°,6 o polipnee de 300 pe minut, după secţiunea ambilor pneumogastrici ritmul respirator devenise 425. Observaţia directă a câinelui, precum şi traseul arată o creştere progresivă a ritmului. După intervale de 5—6 secunde aveau vre-o zece respiraţii accelerate, după cari ritmul descreştea. Reînjectând cloral tipul periodic dispărea Durata perioadelor oscilând între 4—7 secunde A. crede a explicà aceasta prin superpoziţia a două funcţiuni având sediul în centrul lui Legallois. Activitatea funcţiunii respiratoare propriu zise ar modificà activitatea funcţiunei termolitice.

A. Gilbert et **M. Herscher.** Sur la teneur en bilirubine du sérum sanguin dans la néphrite interstitielle. A. examinând bilirubina conţinută în serumul sanguin a 9 bolnavi de nefrită interstiţială ajung la concluzia că bilirubinemia oscilează între $^{1}/_{25700}$ şi $^{1}/_{16500}$ în mijlocie, dând 0,05 ctgr. bilirubină la litru de ser. Când nefrita mai e complicată de un cord ipertrofiat şi scleros, se mai adaugă şi cholemia provenită din congestia epatică, rezultatele cholemimetrice se ridică; într'un caz, care puteà fi considerat mai degrabă asistolic decât renal, a ajuns la $^{1}/_{9200}$.

E. Maurel. Températures sous-vestiales et cubiliales chez les prématurés. Din 22 de observaţii făcute asupra temperaturei sub-vestiale şi cubiliare a copiilor născuţi prematuri, în clinica de acuşmente, şi din compararea acestora cu 133 asupra acelei a copiilor născuţi la termen A. ajunge la concluziile următoare: 1) e important să se ia temperatura prematurilor 2) *couveuses-ele* chiar cele mai bine supraveghiate, nu ridică totdeauna temperatura sub-vestială în chip suficient. 3) aparatele destinate să ferească pe debilii de răceală, trebuesc să le asigure o temperatură subvestială cuprinsă între 33°—36°, fără să-i condamne a respirà un aer trecând în mijlocie peste 20°.

M. et M-me Bourguignon. Formes microbiennes du muguet. Insămânţând pe vulva a 4 cobai culturi pure de formă bacilară au avut rezultatele: de 4 ori au găsit culturi de coccus, de 3 ori forme *levures*, pure sau asociate cu coccus sau bastonaşe. Mai mult coccus-ul pur izolat dela primul cobai mort, însămânţat pe vulva unui cobai gravid, dă, animalul fiind sacrificat o lună mai târziu după ce născuse la termen 4 pui morţi, culturi pure de bastonaşe (ficat) sau asociat cu cocci (sânge, pulmon, splină). Aceste fapte par a confirmà ipoteza că coccus-ul e intermediar între bastonaş şi forma *levure*.

J. Renaut et G. Dubreuil. Sur la cloison, ou strie sarcoplasmique ordonnatrice transversale, de la substance contractile des muscles striés. A. studiind musculatura podişului gurei a Ammocoetes branchialis stabilesc existenţa striei sarcoplasmice, care reuneşte şi ţine la aceeaşi înălţime toate discurile subţiri din substanţa contractilă. Această strie după A. e o diferenţiare a sarcoplasmei ordonatoare a striaţiei transversale a diferitelor elemente fibrilare, ce constituesc substanţa contractilă a fibrelor striate. Este constantă şi se găseşte la toţi muşchii striaţi pe cale de desvoltare. A. au studiat-o întâia oară pe miocarduri de embrioni de oaie.

Henri Lamy et André Mayer. Expériences sur la sélection rénale. Sélection négative du chlorure de sodium. Sélection positive du glucose. Injectând intravenos sau intraperitoneal la 3 câini doze masive de glucoză sau Na. Cl, solvite în apă, A. ajunge la concluzia: Selecţia negativă a Na Cl. constatată după injecţii masive de cristaloide (zaharuri) nu este datorită direct trecerei acestor cristaloide prin rinichi, nu este nici consecinţa trecerei apei. Poate să atârne de scoborârca coeficientului de Na. Cl. în organismul întreg, rămâind de lămurit mecanismul acestei dependinţi.

Nestor Gréhant. Sur la rapidité de l'asphyxie par submersion. Examinând gazele conţinute în sângele arterial (carotidă) al uuui câine înainte şi după submersie în apă (un minut) ajunge la concluzia că oxigenul după un minut este redus între $^1/_3$ şi $^1/_4$ din proporţia, pe care o conţine sângele normal. De notat că volumul de O din sângele arterial al câinelui înainte de experienţă reprezentă aproape $^1/_2$ din volumul, pe care ar fi putut săabsoarbă la maximum emoglobina.

P. Remlinger. Absorption du virus rabique par la peau fraîchement rasée. A. a experimentat pe epuri şi cobai, răzând pe spinare o suprafaţă de 5—10 cm. pătr. şi frecând apoi uşor cu un tampon de vată idrofilă înmuiat într'o emulsie de virus fix. Prima experienţă s'a făcut pe 4 cobai şi 3 epuri. Cei 4 cobai au succombat de la inoculare la 15—19 zile Epurii au trăit. In a doua experienţă 3 cobai şi 2 epuri au luat turbarea de la 19—25 zi dela innoculare, rămâind indemni 4 epuri şi 1 cobai.

Lafforgue. (Tunis), Sur les agents pathogènes de la méningite cérébro-spinale. Examinând 4 cazuri de meningită cerebro-spinală găseşte în primele 3 ca agent patogen, diplococul Weichselbaum; aceste trei cazuri s'au vindecat. Din al 4 pe lângă diploc. W. mai semnalează coexistenţa în tot timpul boalei a unui alt diplococ în genere extracelular şi luând foarte intens Gramul. Acest diplococ nu a putut fi izolat decât injectând în ţes. celular al urechi unui epuraş culturi mixte, unde s'a format un abces local, din care s'a putut izolà. A. crede că e un diplococ ce s'ar apropia de tipul Jäger-Hübner.

M. Doyon, A. Morel et N. Kareff. Action de l'adrénaline sur le glycogène hépatique et sur le sucre du sang. In fața nesiguranței dacă iperglicemia provenită din injecțiile cu adrenalină e provenită din mărirea cantității de glicogen din ficat (Loeper, Crouzon) sau din micșorarea acestei cantități (Doyon, Kareff), precum și asupra influenței ce ar avea-o pancreasul asupra iperglicemiei adrenalinice, A. reià experiențele și constată că injecțiile de adrenalina (1—2 mlgr. pentru 1 kgr. de animal în sol 1°/₀) diminuă glicogenul din ficat și mărește zahărul din sânge, chiar după ablația pancreasului. Numai ablația singură a pancreasului poate să provoace niște modificări ale glicogenului epatic și ale zahărului sanguin, totuși aceste modificații sunt considerabil mărite sub influența adrenalinei.

Ed. Retterer. Technique et structure de l'os des mammifères. Fixând în lichidul lui Zencker și al lui Müller studiază cum conjunctive devin osteo-blaste și cum acestea elaborează substanța fundamentală a osului, care într'un cuvânt e compusă dintr'un schelet (rețeaua ematoxilinofilă) în ochiurile acestei rețele o masă amorfă, safraninofilă.

J. Jolly et **J. Stini.** Sur les modifications histologiques du sang après les hémorragies. Scoțând din jugulara externă a șoarecilor albi un sfert până aproape jumătate din massa totală a sângelui (2—4 cm. c.). Repetând aceasta la 3—4 zile, au observat în sânge următoarele: 1) mărirea rapidă a proporției leucocitelor polimorfe, apreciabilă la 4 ore după luarea sângelui, maximă la 8 ore, dispărând insă nu de tot după 24. 2) Apariția globulelor roșii nucleate în proporții bine apreciabile după 3—4 zile și mai ales după a doua luare de sânge. 3) Apariția globulelor roșii cu granulație cromatică centrală, mai puțin numeroase ca cele nucleate, totuși constate și oarecum legate de apariția celor nucleate, ceeace pare a venì în favoarea opiniei lui Jolly că granulația cromatică ar fi de origină nucleară.

Henri Iscovesco. De la précitabilité de certains colloïdes instables par l'eau oxygénée. Cercetând acțiunea apei oxigenate asupra diferitelor coloide ajunge la concluzia că oxigenul în stare atomică, în oarecari condiții de temperatură și mediu, transformă coloide nestablile în formații reversibile într'un oarecare timp numai și cari sfârșesc prin adevărate precipitări.

Henri Iscovesco. Colloïdes stables. Oxygène naissant et formation des membranes. A. studiat acțiunea O. atomic asupra unor coloide stabile (glicogen, ovalbumina, ser sanguin, macerații de diferite organe și gălbenuș de ou) ajunge la concluzia că oxigenul născând, în anumite condițiuni provoacă în soluțiile coloidale stabile, formații, cari după constituția coloidului, după concentrațiile și felurile de compoziție a sistemului, prezintă o succesiune de fenomene analoage, oarecum membranele sau aglomerațiile protoplasmatice.

J. Nicolas et **S. Bonnamour.** Karyokinèse dans la surrénale du lapin rabique. Cercetând caps. s. renale a 4 epuri injectați intra cerebral cu virus fix rabic a observat figuri de kariokineză sacrificând 2 la începutul paraplegiei totale, nu prea numeroase. Un al 3-lea sacrificat după 3 zile de paraplegie arată maximum de kariokineze. Al 4-lea sacrificat tot după 3 zile de paraplegie nu arată nici o kariokineză. Mitozele acestea își au sediul în zona corticală, în cea medulară găsindu-se greu.

Capitan et **Papillault.** Identification du cadavre de l'amiral américain Paul Jones cent treize ans après sa mort. A. utilizând 1) câtevà date istorice 2) două busturi executate după natură 3) date clinice confirmate de cercetări anatomo-patologice, stabilește identitatea cadavrului amiralului american, păstrat 113 ani într'un sicriu de plumb unde se vărsase un lichid alcoolic, care impregnase cadavrul.

No. 27.

Félix Ramond. Propriétés biologiques du bacille-fourmi. Studiind caracterele morfologice ale acestui bacil saprofit al uretrei, caută să pue în evidență antagonismul dintre acest cocco-bacil și gonococ. Relatează faptul că a obținut ameliorări foarte considerabile, injectând 2 cm.c de ascită bulion însămânțată cu acest cocco-bacil la 5 cazuri de blenoragii (2 din ele cronice). Crede într'un antagonism analog între el și bacilul Ducrey.

Ch. Féré. Contribution à la psychologie des jumeaux. Mutations croisées pubérales. Relatează observația a 2 surori gemene, foarte puțin asemenea ca fizic, prezentând două firi diametral opuse, una tăcută căutând izolarea; cealaltă expansivă. Față de un frate vitreg nutrind prima simpatia, a 2-a antipatia. Ambele exact la aceeași etate (13 ani și 16 zile) prezentând aceleași fenomene premonitorii au menstruele. De la acea dată schimbă ambele brusc de fire, cea expansivă devenind tăcută și putând suferi pe fratele ei vitreg; cea tăcută devenind expansivă și plăcându-i toate petrecerile, pe cari înainte le evità.

F. J. Bosc (Montpellier). A propos des lésions histologiques et de la classification de la maladie syphilitique. (Polemică cu Paul Salmon) (1) cercetând elementele istologice lezate în sifilis, așează această maladie în rândul maladiilor briocitice (proliferative), clasificare propusă de autor, pentru toate bolile unde este vorba de o proliferare celulară, fie conjunctivă sau epitelială.

G. Carrière (Lille). Études sur le liquide céphalo-rachidien dans l'urémie nerveuse. Examinând lichidul cefalo-rachidian în 8 cazuri ajunge la rezultatele următoare: *cantitatea*: mărită mai des (60, 70, 150 cm.c.) Abundența lichidului corespundea cu terminarea fatală: *Presiunea*: mărită; exagerată în cazurile grave. *Punctul crioscopic* sub normal (0°72 și 0°78) fără legătură cu gravitatea cazului. *Reziduul uscat*: sub coeficientul normal. *Ureea*: coeficientul ureei mărit atingând maximum de 2, 12 gr. la 1000. *Cloruri*: coeficientul lor micșorat (1,25 – 5 gr.) Sărăcia în cloruri în legătură directă cu gravitatea cazului. *Fosfați* și *sulfați*: în cantitate superioară normalei. *Substanța reductoare a oxidului de cupru*, a găsit-o în 2 cazuri terminate în mod favorabil. *Albuminoide:* în 3 din 8 a găsit serină şi globulină. Două din ele terminate mortal. *Cholina* lipsea. *Toxicitatea:* superioară normale adesea fu ridicată.

---

(1) Vezi Soc. Biologie, 1 Juillet 1905.

C. Nicolle (Tunis). Lé sérodiagnostic de la fièvre méditéranienne. Reluând seroreacţia lui Wright şi revenind asupra cazurilor negative de aglutinare, pe cari le-a publicat întâi, controlează experimental această metodă şi o găseşte foarte bună, acuzând pentru primele insuccese specia de micrococus melitensis, cu care făcuse primele încercări. La urmă descrie şi technica, ce a întrebuinţat. A. S.

SOCIETATEA SPITALELOR DIN PARIS.

ŞEDINŢA DELA 24 NOEMBRIE 1905.

Dufour. Neurodermite au cours d'une myélite. A. prezintă pe un tânăr de 25 ani, la care există pe faţa postero-superioară a coapsei stângi, un mare placard eritematos, făcând o uşoară proeminenţă şi fiind şi dureroasă. Această placă de dermită, care a debutat numai de câteva zile este deja pe cale de regresiune spontanee, se constată de altă parte la pacient un anume număr de simptome (parezia membrelor inferioare, uşoară exageraţie a reflexelor tendinoase, tendinţă la trepidaţie epileptoidă a piciorului, fenomenul degetelor, fapte, cari nu lasă nici o îndoială asupra existenţei unei leziuni a măduvei. Această mielită începândă ţine sub dependinţa sa placa de dermită semnalată mai sus.

Vincent. A propos des infections paratyphoïdes. A comunică o notă a dr. Sacquépée şi Chevrel (medici militari) în care aceşti autori arată. sprijinindu-se pe epidemia dela Tours şi dela Fontevrault că infecţiunile paratifoide sunt datorite cele mai adeseori ingestiunii apelor contaminate. Aceste infecţiuni se observă mai ales în timpul perioadei estivo-autumuală. Durata incubaţiunii boalei variază dela 5—15 zile; în forma sa gravă, afecţiunea simulează dotienteria de care se deosibeşte totuşi prin cîteva particularităţi clinice (început brusc, ipertrofia ficatului, constipaţie etc.), în forma sa uşoară sau benignă, se confundă cu embaras gastric febril. Cercetările bacteriologice permit singure până acum, de a preciză diagnosticul infecţiunii paratifoide.

P. Gal.

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS

ŞEDINŢA DELA 9 NOEMBRIE 1905.

Thomas et Norrero. Epilepsie Jacksonienne chez un enfant atteint d'hemiplégie avec hémiatrophie. Amélioration par le régime rechloruré associé au bromure de potassium. Un copil de 11 ani, ce a suferit un traumatism cranian la naştere (forceps rău aplicat). Accesele datau numai de câtevà luni. Tratamentul bromurat n'a dat succes. Din contră, bromurul în doza de 1,50—2 gr. pe zi asociat la regimul declorurat a produs o rărire însemnată a acceselor.

Brissaud a observat din contră în nenumărate rânduri insuccese complecte. Un copil tratat fără succes cu bromurul singur sau asociat cu regimul declorurat s'a ameliorat din contra foarte mult prin *clorurul de sodiu* în doza de 15 grame pe zi.

Dejerine citează alte 3 exemple de tratament prin regim declorurat cu rezultate foarte satisfăcătoare.

Babinski. Hyperexcitabilité électrique du nerf facial dans la paralisie faciale. Două cazuri de paralizie facială datând în primul de un an, în ultimul de mai mulţi ani, şi cari prezintă ca fapt particular o iperexcitabilitate electrică a nervului. Contracţiunile sunt de altfel repezi, nu trăgănate ca în reacţiunea de degenerescenţă. Există în acelaş timp o iperexcitabilitate mecanică a nervului şi muşchilor de sub dependinţa lui. Muşchii paralizaţi sau pareziaţi sunt flasci iar din timp în timp se observă contracţiuni spasmodice astfel încât există un emispasm asociat la emiparalizie Autorul admite ca ipoteză o leziune iritativă a nucleului facialului sau a trunchiului respectiv. Cazurile demonstră că o leziune interesând facialul în traectul său periferic sau la origina sa poate să determine o paralizie asociată cu o iperexcitabilitate electrică durabilă şi că o paralizie facială în care reacţiunea de degenerescenţă lipseşte nu e totdeauna benignă şi nu se vindecă totdeauna în câtevà săptămâni.

Ballet et Taguet. Tic inhibitoire du langage articulé datant de l'enfance. Debutul a fost pe la 3 sau 4 ani. Bolnava pronunţă 2—3 cuvinte apoi se opreşte (mai des înaintea cuvintelor ce încep cu r, s, l, p). Dacă dificultatea persistă mai mult, bolnava se impacientează şi chiar pronunţă cuvinte de revoltă contra stării sale. Acelaş lucru când citeşte. Când dificultatea e învinsă face o profundă inspiraţiune apoi continuă normal. Dacă dificultatea reapare nu poate pronunţă cuvintele următoare decât după o nouă inspiraţiune profundă. Când e singură poate vorbì, cetì, cântà fără dificultate. E un tic printr'o deprindere veche. Tatal etilic, Mama nervoasă.

H. Meige recunoeşte că faptul se apropie de *ticuri* dar n'ar îndrăsnì să zică că e un tic. E în tot cazul o turburare psihomotrice analoagă. Ie o *abulie* sau o *fobie fazică*,

Thomas et Leenhardt. Un cas de commotion médullaire avec paralysie des membres supérieurs et intégrité absolue des membres inférieurs. Simetria paralizici, absenţa durerilor, debutul brusc exclud o leziune neoritică, precum absenţa rachialgiei, integritatea membrelor inferioare exclud o leziune meningee şi fac pe autori să admită o leziune limitată la coarnele anterioare (Sensibilitatea erà normală) din regiunea cervicală care ar constà în focare mici emoragice. Turburările ca adeseori în emetomielii au fost produse printr'un traumatism.

Claude et Lejonne. Hypotrophie d'origine hérédobacillaire. La o fată de 20 ani, autorii observă nanism cu dublă leziune mitrală, exagerarea reflexelor tendinoase şi chiar trepidaţiune spinală, turburări de mers. Ereditate bacilară şi leziuni tuberculoase la iea însăşi. Toxinele bacilare au produs leziunea cardiacă, iar printr'o oprire de desvoltare sau scleroză a fasciculului piramidal turburările de mers şi de reflexe prezentate de bolnavă.

Leri şi Labbé. Forme anormale de Maladie familiale. (*Hérédo-*

ataxi cérébeleuse?). O soră şi doi fraţi au bolnavei au prezintat heredo ataxia cerebeloasă tipică. Mama bolnavei ar fi prezintat o maladie asemănătoare cu a acesteia. Bolnava o femee de 50 ani, prezintă mersul dificil, trepidant, titubant, tendinţă la propulsiune. Puţină ataxie statică. N'are Romberg nici asinergie cerebeloasă sau abià marcată. Dureri vii, intermitente ca nişte crampe în gambe, coapse, degete etc.

Turburări uşoare dar întinse ale sensibilităţii. Babinski de ambele părţi. *Aboliția reflexelor* rotuliene şi achiliene. Instabilitate mentală. Puerilism, Uşor nistagmus.

Ar fi vorba de heredoataxia cerebeloasă formă frustă şi anormală prin abolitia reflexelor achilian şi rotulian precum şi prin absenţa fenomenelor oculare. Cazul acesta arată că diferitele forme ale maladiilor familiale se pot considerà ca modalităţi diferite a unei singure specii.

Laignel Lavastine et P. Thaon. Syndrome de Basédow chez une Goitreuse avec Trophoedime. Femee de 26 ani. Guşa şi trofoedemul au precedat simptomele bazedoviene apărute în urma unei emoţiuni vii şi a unui traumatism uşor al gâtului. Cazul intră în guşile bazedovifiate a lui Pierre Marie şi în grupul admis de Hartmann, Kowalewski, Sollier, Osler, Von Jacks, Babinski. Moebius, Joffroy şi Achard de simptome bazedoviene la troidienii cu trofoedem.

Autorii mai atrag atenţiunea asupra pigmentaţiunii cutanate, glicozuriei alimentare şi turburărilor menstruale, ceea ce arată corelaţiunea dintre diferitele glande cu secreţiune internă.

Gauckler şi Rieder. Un cas de Rhumatisme Cronique pouvant servir de tippe de transition entre le rhumatisme Chronique proprement dit et les arthrpaties nerveuses. Simetria articulaţiunilor prinse aspectul lor masiv, absenţa durerilor şi a unei etiologii aparente fac pe autori să presupună că origina e în sistemul nervos central şi par a fi dispuşi să întindă aceeaşi patogenie pentru reumatismul cronic în general.

Souques et Poisat. Origine perirferique des halucinations des membres amputés. In cazurile lor escitaţiunea cicatricei făceà să apară, halucinaţiunea membrului amputat. Injecţiunile de cocaină o făceau să dispară. Autorii conchid la natura periferică a acestor halucinaţiuni.

La unul din bolnavi injecţiunea în cicatrice a 4 centigrame de cocaină a făcut să dispară contracţiunile şi durerile deşi halucinaţiunea a revenit.

Alquier. Deux cas de hétérotopie du cervelet dans le canal rachidien. In două cazuri de tumori cerebrale autorul găseşte la necropsie o prelungire a cerebelului în canalul rachidian în toată întinderea regiunei cervicale Autorul discută diferite ipoteze. O heterotopie embrionară cum a admis-o Nageotte într'un caz asemănător, nu pare plausibilă, căci structura e identică cu a cerebelului adult, e vorba de o migraţiune a unei porţiuni din cerebel sub influenţa tumorilor cerebrale. O leziune de autopsie nu pare admisibilă căci într'unul din cazuri cel puţine existau aderenţe meningee a porţiunii heterotopice. Autorul nu admite nici o explicaţiune definitivă.

Pierre Marie crede că e vorba de un traumatism de autopsie.

Siccard se întreabă dacă ipertensiunea lichidului cefalo rachidian n'ar fi produs într'un mod lent şi progresiv leziunea constatată.

Crouzon. Un cas de maladie de Basedow traité par le serum de mouton Ethyroïdé. *(Antithyréoïdine de Moebius).* Femee de 24. ani Din Decembrie 1903 până în Aprilie 1904 a intrebuinţat tratamentul în doze progresive până la 90 picături pe zi. Dimensiunile gâtului s'au redus. Pulsul scăzù de la 110 la 88, dar ameliorarea nu se menţinù. Celelalte simptome nu s'au modificat. După suspendarea tratamentului guşa şi-a reluat volumul.

In Septembrie până în Noemvrie 1903, tratamentul a fost reluat în doze progresive de la 20—90 picături. Guşa a diminuat din nou, dar pulsul n'a fost influenţat. Din contră, ridicând doza la 100 picături, s'a observat o accelerare a pulsului.

Autorii conchid, că serul are o eficacitate incontestabilă asupra guşei şi poate şi a altor simptome ce atârnă de corpul tiroid. Dar nu se poate considerà ca specific.

Kiroff. Le signe de Babinski dans la Scarlatine. Autorul a constatat acest semn în 17 cazuri de scarlatină gravă şi în 3 cazuri de angină difterică gravă. Relativ la explicaţiune, e dispus să admită o impregnrare a sistemului nervos prin toxinele specifice, cari ar produce o iritaţiune a fasciculului piramidal.

Haskovek. Luxation habituelle de l'épaule dans les cas d'Epilepsie avec antécédents syphilitiques. Două cazuri. Luxaţiunile aceste ar fi mai frecuente la epilepticii sifilitici ceea ce ar ţine de inervaţiunea insuficientă a capsulei articulare şi de ipoestezia profundă în general.

Acchioté. Un cas de nevrite du radial, probablement gonococcique. Paralizie radială precedată de nevralgii intense. Turburările au survenit la un blenoragic după 3 săptămâni dela o lovitură uşoară de pumn pornită în braţ. Traumatismul a jucat poate un rol, determinând localizarea infecţiunii, care în acest caz ar fi cea blenoragică, la acest nivel.

C. PARHON.

ŞEDINŢA SOCIETAŢII GERMANE DE PEDIATRIE LA AL 77-lea CONGRES AL NATURALIŞTILOR ŞI MEDICILOR GERMANI, IN MERAN.

ŞEDINŢA DE LA 25 SEPTEMVRIE 1905

Discuţie interesantă despre influenţa nefastă a moaşelor asupra mortalităţii infantile. Moaşele povăţuesc mamelor alimentarea artificială primind adeseori subvenţii de la fabricanţii de specialităţi alimentare pentru sugaci. Moaşele sunt lipsite de ori ce noţiune de puericultură. Se impune măsuri pentru a modificà această stare de lucruri.

Engel nutrind doici cu oleu de sesamă, conchide că această grăsime trece in lapte.

Backhaus descrie o maşină pentru a mulge şi indică diferite precauţiuni pentru a obţine un lapte aseptic, recomandă un lapte sterilizat şi homogenizat şi un lapte maternizat.

Discuţie foarte violentă cu Schlossmann, Siegert şi Salge cari povățesc lui Backhaus să nu se mai ocupe cu alimentarea sugacilor, lăsând această grijă oamenilor competenți.

ŞEDINȚA DE LA 26 SEPTEMVRIE 1905

E în intreg *consacrată* igienei şcolare. In rapoarte interesante Salter şi Ganghofner se ocupă mai cu seamă cu rolul medicului în igiena şcolară modul cum trebuesc examinați elevii etc. De semnalat încă comunicări despre tuberculoza la şcoală (Roeder) şi despre alcoolism la şcoală în special la München (Hecker).

ŞEDINȚA DE LA 26 SEPTEMVRIE P. M.

Voigt face o interesantă comunicare asupra avantajelor ce ar rezultă din întrebuințarea iepurelui de casă pentru a obține pulpa vaccinală.

Schlossmann consideră infecția tuberculoasă *aerogena* ca foarte rară la sugaciu.

Ipoteza clasică a lui Baumgarten (tuberculoza ereditară) i se pare în urma lucrărilor lui Schmorl foarte probabilă. Infecția se face de obiceiu prin intestin, bacilii ajung în ganglionii mesenterici, în sânge, în plămâni, şi în ganglioni bronşici: iată o adenopatie tuberculoasă tracheobronchică care nu e aerogenă.

Urmează o mare discuție din care rezultă că mulți pediatri sunt dispuşi a adoptă ideile lui Behring pe când alții consideră că nici teoria enterogenă nici cea aerogenă nu sunt demonstrate.

Ganghofner comunică technica amănunțită a întrebuințării tuberculinei la copii în scop terapeutic şi relatează o serie de cazuri cu rezultat favorabil (tuberculoşi şi scrofuloşi). Metoda n'a pricinuit nici cel mai mic accident.

Leo Langstein referă asupra 87 cazuri de albumină orthostatică. Din cercetările sale rezultă în conformitate cu părerile lui Leube, Heubner, Posner, Neukirch, etc. că în albuminuria orthostatică *nu e vorbă totdeauna de o nefrită larvată*, cum pretinde Hauser. Dar, deşi crede că cauza e o turburare a schimburilor nutritive, totuşi nu poate da, în favoarea acestei ipoteze, nici o probă.

Stoelzner confirmă rezultatele favorabile ce se obțin în cazurile de oedeme de origină renală printr'o alimentație mixtă, pe cât se poate lipsită de sare. Dar nu poate admite intrerpretarea azi clasică a *retențiunei primitive de sare*. Pentru a lămurì patogenia oedemelor, e nevoe de a se admite o leziune a pereților vaselor capilare. Această părere e demonstrată printr'un mare număr de fapte clinice şi experimentale.

ŞEDINȚA DE LA 27 SEPTEMVRIE 1905.

Camerer face o comunicare despre raporturile între creşterea în lungime şi creşterea în greutate la copii subalimentați. Mai face încă o altă comunicare despre alimentațiunea sugacilor în centrele de lucrători, luând ca bază date statistice culese într'o colonie de lucrători bine organizată la Stuttgart.

Urmează o discuţie in care numeroşi oratori atacă părerea lui Bunge (despre neaptitudinea progresivă a femeilor moderne, pentru alăptare) ca fiind lipsită de bază serioasă.

Auerbach demonstrează un nou aparat de sterilizat laptele cu dispositiv de refrigeraţie, pentru spitaluri de sugaci.

Escherich face descripţiunea a nouei secţii pentru sugaci, construită de curând în St. Anna Kinderspital in Wien.

Sperck. Arată modul de funcţionare şi foloasele enorme aduse de societatea „Protecţiunea Sugacilor" din Wiena. Secţiunea acestei societăţi deschisă în anul curent, e o fericită combinaţie a unei „goutte de lait", cu o „consultation de nourrissons".

Meyer şi Langstein se ocupă de acidoza la sugaciu. La sugaciu abstinenţa de alimente sau mai special lipsa de hydraţi de carbon în alimentaţie provoacă o acidoză cu exageraţiunea eliminării de AzH^3.

Atrofia *în sine* nu provoacă nici odată o eliminare exagerată de AzH^3. Cu toate acestea autorii au constatat în 10 cazuri de enterocatare *coeff. de* AzH^3 *foarte crescut.* Această creştere se explică:

1. Prin starea de inaniţie care provoacă o acidoză.
2. Prin turburarea schimburilor nutritive a idraţilor de carbon care se traduce prin apariţia zacharului în urină (Langstein şi Steinitz).
3. Prin extragerea de alcaline în urma augmentării acizilor graşi în intestin.

Moro face o comunicare despre importanţa florei fisiologice a intestinului; această comunicare e referată la Luna medicală.

Salge: Infecţie şi nutriţie: în sângele copiilor infectaţi cu (stafilococi d. ex.) se produce o cantitate colosală de anticorpuri (antistaphylolysină) care, prin munca excesivă ce necesită din partea organismului influenţează într'un mod defavorabil nutriţia.

Raportul între infecţie şi nutriţie e încă mai izbitor dacă se admite interpretaţia lui Schlossmann pentru unele turburări ce se observă în alimentaţia artificială: turburările ar fi datorite albuminei eterogene (vezi în numărul de faţă a revistei Sc. Medicale referatul despre lucrarea lui Schlossmann: intoxicaţie şi desintoxicaţie).

Autorul nu admite această interpretare: el crede că alimentarea cu lapte de vacă şi injecţia subcutanată de ser de vacă sunt 2 procese cari n'au nimic comun unul cu altul.

Urmează o importantă discuţie din care extrag opinia lui Escherich care nu crede nici la trecerea fără modificare a albuminei omogene sau eterogene prin peretele intestinal, nici la acţiunea toxică a albuminei eterogene asupra celulelor intestinale.

ŞEDINŢA DE LA 27 SEPTEMVRIE

Trumpp: Mensuraţia presiunii sanguine la sugaciu sănătos şi la sugaciu bolnav.

Heller se ocupă cu Therapia prin *ocupaţie*, aplicată la copii anormali (slabi de inteligenţă, imbecili, isterici, etc.), ocupaţiile constau în lucrări de grădinărie sau de meserie.

Göppert face o comunicare despre particularităţile clinice, anatomice şi diagnostice ale epidemiei de meningită cerebrospinală din anul curent.

Uffenheimer descrie o schimbare a aspectului feţei observată în numeroase cazuri de tetanie, şi pe care o desemnează cu numele de *faţă tetanică.* (Tetanie-Gesicht). Acest aspect care dă impresiunea de gândire, de grijă, se observă de obiceiu asociat cu celelalte semne de tetanie, dar uneori e singurul symptom pe lângă iperexcitabilitatea nervilor motori faţă de curentul electric. Adeseaori e un symptom premonitoriu.

Reyher făcând cercetări bacteriologice sistematice în tusea convulsivă, a găsit 2 specii microbiane, una constantă, cealaltă numai în 25 cazuri (din 30). Atribuă la specia constantă, cu mare probabilitate un rol patogen în tusea convulsivă.

ŞEDINŢA DE LA 28 SEPTEMVRIE

Carl Leiner arată analogiile alopeciei în sifilisul hereditar şi sifilisul dobândit. In amândouă cazuri se observă alopecia difusă sau cea areolară: uneori amândouă forme coincidează la acelaş bolnav.

Ranke vorbind despre stenozele laringee consecutive intubaţiunei urmate de tracheotomie, povăţueşte ca să se lase canula un timp scurt (2—3 zile) pentru a reveni pe urmă în caz de necesitate la intubaţia intermitentă.

Pirquet aduce noui observaţiuni despre boala serului (Serumkrankheit). Această comunicare va fi referată în No. 9 al Revistei Sc. Medicale.

Schick vorbeşte despre lymphadenita postscarlatinoasă, arătând într'un mod amănunţit caracterele clinice ale acestei lymphadenite şi relaţiile sale cu nefrita (va fi referat în No. 9 al Revistei Sc. Medicale).

Schik mai aduce noi rezultate seroterapiei cu serul lui Moser în scarlatină (din serviciul Prof. **Escherich**). Rezultatele au fost excelente, mai cu seamă asupra fenomenelor şi formelor toxice: asupra manifestărilor infecţioase acţiunea nu e atât de evidentă. Rezultatele sunt cu atât mai bune cu cât boala e mai puţin înaintată.

Rezultatele lui **Schick** sunt confirmate de **Zuppinger**.

Pfaundler prezintă un stomac care arată într'un mod evident stenoza spastică a pylorului.

Prezintă încă scaune de sugaciu conservate în hydrogen, pentru demonstraţii la studenţi.

GRIGORE JACOBSON

REVISTE ŞI PUBLICAŢIUNI STREINE

ANATOMIE ŞI ISTOLOGIE NORMALĂ

Trolard. **Au sujet de l'avant-mur.** *Revue Neurologique.* No. 22, 1905 Autorul atrage atenţiunea asupra întinderii *claustrului* care e mai mare de cât aceea pe care i-o atribue clasicii, în afară de porţiunea verticală situată la baza insulei, între capsula externă și capsula extremă, claustrul mai prezintă încă o porțiune orizontală situată sub nucleul venticular și care face un unghiu diedru cu porțiunea precedentă. In plus mai există o prelungire inferioară care trece de baza insulei. Conexiunile claustrului sunt foarte puțin precizate. Din porțiunea sa verticală se desprind fibre ce merg unele în coroana radiată, altele în a 3-a frontală, în prima parietală, in frontala și parietala ascendentă după ce au luat parte la constituțiunea capsulei externe și extremă. Rezultatele acestea sunt bazate numai pe direcțiunea fasciculelor. De aceea Trolard le consideră cu drept cuvânt ca o simplă indicațiune pentru cercetări ulterioare.

C. Parhon

DERMATOLOGIE ȘI BOLI VENERICE

Ball. On the treatement of inveterate Pruritus ani. (Despre tratamentul pruritului anal inveterat). *British. medical Journal*, 21 Jan. 1905. Autorul a încercat în trei cazuri rebele la ori ce tratament operațiunea următoare: A făcut, de jur împrejurul regiunii eliptice care este sediul mâncărimii, o inciziune interesând tot tegumentul până la mușchiu, lăsând numai la extremitățile superioară și inferioară câte un podeț de piele. Apoi cu foarfecile a degajat pielea de aderențele ei cu sfincterul extern, dela tăetură și până la nivelul mucoasei rectale, trecând și pe sub podețele dela extremități. După emostază deplină mărginile pielei au fost suturate în poziția normală.

Scopul lui Ball eră să suprime inervația teritoriului bolnav, datorită unor ramuri din perechile a 3-a și a 4-a sacrată, tăind aceste ramuri între eșirea lor din sfincter și intrarea în piele. Rezultatul a fost anestezia completă a lamboului și încetarea mâncărimii. Chiar și acolo unde mai târziu a revenit sensibilitatea, mâncărimea n'a mai apărut. Cazul cel mai recent este vindecat de doi ani.

G. Z. P.

Hoffmann. Spirochaete pallide bei einem mit Blut geimpften Makaken. (Spir. pal. la un Macacus altoit cu sânge). *Berl. klin. Wochensch.*, 1905 No. 46. Altoirea unui Macacus rhesus cu sânge dela un om care contractase sifilis de șease luni și încă nu se căutase, a avut de efect apariția unui șancăr indurat. Pe când acesta se află încă în formație, autorul a găsit în el spirochaete pallida. Inoculația a avut loc la pleoapa superioară și inoculația a fost de 18 zile.

G. Z. P.

Radcliffe Croker. Xantho-erythrodermia perstans. *British. Journal of Dermatology*, Aprilie 1905, pag. 119. Sub denumirea aceasta autorul descrie zece cazuri de o erupție care seamănă cu parapsoriasis a lui Broky, cu etiologie necunoscută și se vede în genere la bărbați sănătoși între 30 și 40 de ani. Se compune din pete lunguețe și rotunjite de 3 centimetri cel mult, de coloare roșie gălbue, netede sau ușor scamoase, fără relief dar aspre la pipăit. Nu provoacă mâncărime. Erupția ocupă trunchiul și membrele, respectând părțile descoperite. Este în general deasă. Petele sunt îndreptate regulat, transversal sau oblic, pe trunchiu în sensul coastelor, la membre în sensul lungimei. După ce s'a dezvoltat în mod progresiv, erupţia devine persistentă şi ţine 10 sau 20 de ani.

Examenul microscopic făcut de Pernet într'un caz, a dovedit o epidermă parakeratozică şi un derm normal, afară de o uşoară dilataţie a vaselor cu infiltraţie celulară în vecinătatea lor.

G. Z. P.

Roscher. Untersuchungen über das Vorcommen von Spirochaete pallida bei Syphilis. (Cercetări asupra aflării spirochetei palide în sifilis) *Berlin Klin. Woch.*, 1905, No. 44, 45 şi 46. Autorul raportează o sută de cazuri din cari 92 de sifilis recent şi 8 de recidive în primul an. Cu un singur examen de fiecare caz, a găsit spirocheta în 96 cazuri. Din 32 şancăre (4 extragenitale), la 31 a avut rezultat pozitiv. La unul examenul a fost negativ deşi ganglionii conţineau multe spirochete. S'au făcut 38 puncţiuni de ganglioni, mai toţi inguinali corespunzând cu şancăre. 30 au dat rezultat pozitiv. Autorul recomandă, în această privinţă, ca să se evite aspiraţiunea sângelui şi elementelor celulare odată cu serozitatea, ceea ce îngreuiază examenul.

Papule umede s'au examinat de 58 de ori şi numai de 3 ori a lipsit spirochaeta, dar explicaţia acestor cazuri este uşoară. Papule uscate şi efloresceņte pustuloase sau papulocrustoase au fost examinate în 40 de cazuri şi au dat 34 rezultate pozitive. Autorul a observat că, în general cu cât papulele sunt mai suculente, cu atât conţin spirochaete mai multe şi mai lungi. In gură şi în gât s'au găsit de 14 ori din 15 cercetări spirochaete palide, alături mai de regulă cu spirochaete groase. S'au mai aflat şi în 4 cazuri de impetigo capitis. In sângele a 2 rozeole precum şi'n sângele luat prin înţepătura degetului, nu s'a găsit nici un spirochaet.

Nici odată n'au fost găsiţi spirochaete refringens în ganglioni sau în eflorescenţe sifilitice închise. Nici în eflorescenţe nesifilitice, la aceeaşi bolnavi spirochaete palide.

Autorul a văzut spirochaete lungi de 18 spire dar şi scurte de 3. Zice că, numai în preparate cari nu sunt destul de subţiri şi s'au uscat încet, se pot vedeà spirochaete alipite de globule roşii.

In 14 cazuri de recidive târzii de sifilis s'au găsit spirochaete numai de 3 ori; acestea erau însă singurele cu adevărat secundare. In manifestaţiuni terţiare tipice, autorul n'a putut găsì spirochaete niciodată.

Concluziuni: 1) Spirochaete se găsesc aşà zicând constant în sifilisul recent anume în producţiunile dovedite contagioase ale primelor perioade pe când niciodată nu s'a găsit spirochaeta până acum în altă boală.. 2) Atunci când diagnoza fiind nesigură s'a găsit spirochaeta, urma a fost în totdeauna apariţia unor accidente medulare de sifilis secundar.

G. Z. P.

Ward. Erythema and urticaria with a condition resembliney angeioneurotic œdema caused only by exposure to the sun's rays. (Eritem şi urticarie cu o stare asemenea edemului angioneurotic cauzată de razele solare). *New-York medical Journal,* 15 Aprilie 1905. Autorul relată cazul unei femei de 47 de ani, nervoasă şi dispeptică, care a devenit deodată atât de impresionabilă la razele solare, încât, îndată ce se expune cât de puţin la lumină intensă, îi apare un eritem pe toate regiunile descoperite sau uşor învelite. După puterea acţiunii soarelui, erupţia este constituită de un eritem simplu, de urticarie sau de un edem urticat mai slab sau mai pronunţat. Accidentele dispar câte-và minute sau câte-và ceasuri după ce bolnava se sustrage la acţiunea soarelui, după cum îi este şi gradul.

Ward, a provocat apariţia erupţiei după voinţă, expunând braţul bolnavei câtevà minute la soare. Numai părţile insolate erau atinse. Căldura unui focar şi razele X nu produc nici o erupţie. Interpoziţia unui geam roşu suprimă acţiunea razelor solare. Un geam galben o slăbeşte mult. Aceasta este o probă că erupţia este provocată de razele actinice ale soarelui.

G. Z. P.

FIZIOLOGIE NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ.

Hamburger. Biologische Untersuchungen über die Milchverdanung beim Säugling. (Cercetări biologice asupra digestiunii laptelui la sugaciu). *Iahrb. f. Kinderh.* Oct. 1905. Autorul reaminteşte noţiunile generale relative la producerea anticorpurilor şi în particular la *lactosera.*

Formaţiunea de precipitine nu se produce decât atunci când introducerea de albumină în organism este *paraenterală.* Când introducerea se face prin gură (enterală) nu se produc precipitine afară de cazul când cantitatea de *«antigene»* introduse e prea mare şi o parte scapă acţiunei sucurilor digestive.

Explicarea acestui fenomen residă în faptul că fiecare animal reacţionează faţă de o albumină a unei specii streine ca faţă de o otravă. In introducerea prin gură, apărarea contra otrăvei este rolul sucurilor digestive: digestiunea poate dar fi privită la acest punct de vedere ca un proces de desintoxicaţie

Era interesant de a cercetà într'un mod sistematic dacă distrugerea substanţei precipitabile se poate *dovedi* în canalul gastro-intestinal al sugaciului şi unde se efectuează această distrugere. Deocamdată cercetările făcute de autor n'au privit decât conţinutul stomacului şi scaunele. Concluziunile lucrării sunt următoarele:

1) Albumina de lapte de vacă nu se mai poate dovedi în scaunele sugaciului chiar prin metoda biologică.

2) Precipitarea specifică ce se produce în extractul de scaune de copil la ţâţă cu serul antihuman e datorită albuminei provenite din secreţiunile intestinale. Lucrul acesta e probat prin faptul că

3) Această precipitare se produce şi cu scaunele de lapte de vacă şi că

4) La sfârşitul digestiunii stomacale laptele de femee a perdut deja proprietatea sa specifică de a fi precipitabil;

5) Asemenea albuminele de lapte de vacă îşi pierd precipitabilitatea specifică după digestiunea stomacală.

GRIGORE JACOBSON.

G. Marinesco. Recherches sur la régénérescence autogéne. *Revue Neurologique.* No. 23, 1905. Autorul reia în această lucrare cercetările sale asupra regenerescenţei autogene a nervilor. Experienţele au fost făcute pe câini şi iepuri, fie adulţi, fie tineri sau noui născuţi, şi au constat în secţiuni simple, rezecţiuni, ruperi sau smulgeri ale capătului central. Animalele au fost lăsate să trăiască între 20 și 272 zile după operație. Examenul capătului central și periferic sau a punței de unire când aceasta a existat, a fost făcut cu metoda lui Ramon y Cajal.

In aceste condițiuni autorul a putut urmări în toate fazele ei regenerarea autogenă a nervilor. Numeroase figuri foarte demonstrative reprezintă aceste diferite faze.

Vom reproduce textual cuvintele cu care autorul rezumă rezultatele la cari a ajuns, în ceea ce privește formațiunea neurofibrilelor.

Se pare deci că mecanismul neoformațiunii fibrilelor e următorul:

Aparițiunea de granulațiuni în sânul protoplasmei celulelor embrionare formate de nucleii tecei lui Schwann. Numărul mai mult sau mai puțin considerabil de granulațiuni se reunesc mai târziu în serii lineare separate de protoplasma fundamentală. Granulațiunile se impregnează din ce în ce mai mult de substanța argentofilă, dând un aspect asemănător cu al unei fibrile musculare, constituită din particule colorate separate de spații clare. Pe măsură ce granulațiunile devin mai dense, și spațiile clare se colorează, asistăm la evoluțiunea fibrei nervoase care poate fi disociată de trunchiul comun. Se pare deci că înaintea fazei de producțiune a fibrilelor există granulațiuni și aceasta e rațiunea pentru care fibrilele sunt granuloase la începutul formațiunii lor. Nu există diferențe esențiale între neoformațiunea fibrilelor în capătul central și în capătul periferic; între animalul adult și cel nou născut. Nu există decât o diferență secundară în gradul de intensitate și de rapiditate în această neoformațiune fibrilară. Toate fazele neoformațiunei fibrilelor sunt accelerate la animalul nou născut. Multiplicațiunea nucleilor tecei lui Schwann, formațiunea celulelor fusiforme și a bandelor protoplasmatice e mult mai activă în ambele capete ale nervului secționat la animaluf nou născut. Sutura celor două capete e de asemenea mai rapidă. Intâlnirea bandelor protoplasmice și a fibrilelor extremității capătului central cu acelea ale capătului periferic, e indispensabilă pentru revenirea mișcărilor voluntare.

Unii autori servindu-se de cercetările embriologice ale lui His, Cajal, Lenhosek au negat rolul neoformativ al celulelor tecei lui Schwann și regenerarea fibrelor nervoase degenerate în urma secțiuni nervilor. Dar autorii foarte competinți au susținut origina embriologică pluri-celulară a nervilor periferici. Chiar în cazul când s'ar dovedi că embriologicește o fibră nervoasă e expansiunea unei singure celule nervoase, aceasta n'ar infirmà într'un nimic formațiunea fibrelor nervoase de către celulele tecei lui Schwann după secțiunea nervilor, căci un fapt indiscutabil nu poate fi negat pe motivu că e în contrazicere cu un alt fapt indiscutabil.

Fibrele degenerate se regenerează atât în capătul central, cât și în cel periferic prin acelaș mecanism, formațiunea de celule embrionare, de nevroblaste a căror protoplasmă crează fibre nervoase fine. Regenerarea e mai activă în capătul central căci acesta continuă a primi stimulul venit dela celulele cu cari e în legătură.

C. PARHON.

R. Monziols. Des Effets de la Spermine sur le développement du squelette. *Thèse de Lyon*. 1905. 48 page. Cercetările lui Dor și Maisonave au arătat că injecțiunile de suc testicular produc o diminuare a creşterii fapt pe care l'am confirmat de curând în două experienţe făcute cu d-l Antoniu. (Vezi *Achondroplasia*, No. 7 al revistei). Se punea chestiunea care e substanţa din sucul testicular ce exercită acţiunea aceasta aşa de evidentă asupra creşterei. Maisonave a exclus intervenţia lecitinei prin experienţe bine conduse. Monziols în prezenta lucrare exclude pe acela al sperminei. Iată concluziunile la care ajunge:

1) Castraţia practicată la animale tinere e urmată de o creştere exagerată ale diferitelor porţiuni ale scheletului. (Poncet, Pirche.).

2) Injecţiunile subcutanate de lichid orhitic opresc creşterea. (Dor, Maisonnave.) Astfel:

a) Adolescenţii cărora li se injectează suctesticular încetează de a creşte,

b) Greutatea epurilor injectaţi rămâne inferioară greutăţii martorului.

c) Oasele epurilor injectaţi sunt mai puţin lungi decât ale martorului.

3) Injecţiunile de lecitină dau rezultate inverse. (Bouchard, Maisonnave-Aly-zaky).

4) Injecţiunile sub-cutanate făcute cu spermina profesorului A. de Poehl, din Petersburg ne-au permis să stabilim faptele următoare:

a) Nu există indicaţiuni nete date de curba greutăţilor. Epurele martor e mai greu decât unul din epurii injectaţi şi mai puţin greu decât ceilalţi (doui).

b) Oasele epurilor injectaţi sunt cel puţin tot aşa de lungi ca acelea ale epurelui martor.

Spermina nu e deci agentul activ al lichidului orhitic din punctul de vedere ai efectelor sale asupra dezvoltăriii scheletului.

C. PARHON.

Wernstedt. Ueber ein oxydierendes Ferment als eine Veranlassung des Auftretens grüngefärbter Stühle im Säuglingsalter (despre un ferment oxydant ca condiţie a apariţiunei scaunelor colorate în verde, la sugaci). *Monatschr. f. Kinderh.*, August 1905. S'a discutat mult asupra causei scaunelor verzi în momentul defecaţiunei, sau cari devin verzi repede după defecaţiune. Unii atribuă această reacţiune unei fermentaţiuni acide, alţii (Pfeiffer) o atribuă existenţei unei reacţiuni alcaline; Lesage o consideră ca datorită unei bacterii chromogene. Heubner arată că această coloraţie nu depinde de reacţiunea scaunului nici de o bacterie particulară: coloraţia e datorită bilirubinei şi e vorba de un semn de *început* de *dispepsie.* Dar Heubner nu poate explică fenomenul: Schmidt şi Strassburger, Selter mărturisesc asemenea ignoranţa lor în această privinţă.

Wernstedt arată mai întâiu că scaunele verzi diferă de cele galbene prin consistenţa lor cleioasă şi neomogenă. E vorba incontestabil de scaune *mucoase* şi coloraţia verde e cu atât mai precoce şi mai accentuată, cu cât cantitatea de mucus este mai mare.

Autorul crede că în acest mucus există un *ferment oxydant*, o *oxydază* care lucrează asupra bilirubinei: Dacă se adăogă la aceste scaune o soluţie de gaïacol, şi puţină apă oxygenată, gaïacolul se oxydează producând o coloraţie roşie. Coloraţia e mai accentuată în părţile mucoase. Dacă examinăm scaune verzi la microscop, vedem că coloraţia verde nu e difuză în mucus ci mai accentuată pe unele corpuri rotunde conţinute în mucus şi cari nu sunt altceva decât nuclei de leucociţi polynucleari. In reacţiunea cu gaïacol tot aceste corpuri se colorează mai intens în roşu. Fermentul oxydant pare dară conţinut în aceste leucocyte emigrate. Prin urmare e vorba de un proces oxydant, a cărui condiţie este prezenţa de mucus: e posibil însă ca această condiţie să nu fie suficientă şi să mai trebuească şi altele pentru producerea coloraţiei verzi.

GRIGORE JACOBSON

IGIENĂ ŞI TERAPEUTICĂ

Bowlly und **Andrews.** A second case of cutaneous anthrax successfully treadet by Sclavo serum without excesion. (Un al doilea caz de dalac vindecat cu serul lui Sclavo fără exciziune). *British medical Journal*, 11 Fevruarie 1905. Este vorba de o pustulă malignă tipică de mărimea unei monede a 50 cent., veche de 8 zile, ganglioni sub-maxilari şi febră. Examenul microscopic, culturile şi inoculaţii dovedesc prezenţa bacteridiilor. S'a făcut la abdomen o injecţie sub-cutană de 40 cm. de serum Sclavo. Febra dispărù imediat, adenopatia scăzù şi escara încetă de a mai creşte. In schimb edemul frunţii (unde erà situată pustula) a apărut mai pronunţat. Totuşi, după câteva zile, escara căzù şi după două săptămâni bolnavul erà vindecat cu totul. La vreo 19 ore după injecţie nu se mai găsia nici o bacteridie în vesiculele dalacului.

G. Z. P.

MICROBIOLOGIE ŞI ANATOMIE PATOLOGICĂ.

Engel. Ueber die Pathogenese des Hydrocephalus internus congenitus u. dessen Einfluss auf die Entwicklung des Rückenmarkes. (Despre patogeneza Hydrocefaliei interne congenitale şi influenţa acestei lesiuni asupra dezvoltării măduvei spinale) *Arch. f. Kinderh.* B. 42, p. 161. Din studiul macroscopic a 3 cazuri de hydrocefalie, Engel trage conclusiunile următoare:

1) In casurile de hydrocefalie congenitală, chiar atunci când hemisferele au suferit foarte mult, în primul an al vieţei, nu se produce degeneraţiunea căilor pyramidale încă neîmbrăcate cu myelenă; aceste căi rămân însă înapoi în desvoltarea lor, rămân hypoplastice.

Astfel, pe când căile cerebrospinale reacţionează de obiceiu la o leziune a centrului lor printr'o degeneraţiune secundară, în unele condiţiuni de vârstă se poate observà o excepţie la această regulă, în sensul că căile piramidale nu sunt distruse, ci numai rămase înapoi în dezvoltarea lor la un stadiu mai tânăr.

2) In hidrocefalia congenitală se observă adeseori hemoragii intracraniane. Aceste hemoragii, plecate într'un mod evident din ventricule, s'au întins progresiv în spaţiul subarachnoïdeal.

GRIGORE JACOBSON.

Fromm. Sektionsbefund bei einem Fall von Mongolismus (Autopsia unui cas de Mongolism). *Monatschr. f. Kinderh.*, August 1905. S'a găsit o ipoplazie manifestă a corpului tyroïd. La microscop: dezvoltare insuficientă a tuburilor glandulare, şi lipsă relativă de substanţă coloïdă în comparaţie cu ţesutul conjonctiv foarte desvoltat.

GRIGORE JACOBSON

Moro. **Morphologische u. biologische Untersuchungen ueber die Darmbakterien des säuglings. Der Schottelinssche Versuch am Kaltblüter.** (Cercetări morfologice şi biologice asupra bacteriilor intestinale ale sugaciului. Reproducerea experienţelor lui Schottelinc la animale cu sânge rece). *Iahrb. f. Kinderh.* Oct. 1903 Problema e cunoscută: sunt oare bacteriile intestinale necesare pentru dezvoltarea normală a animalelor? Autorul reaminteşte cercetările contradictorii lui Nuttal şi Thierfelder (cobai) şi ale lui Schottelius (pui de găină).

Moro arată că cercetările se pot execută într'un mod mai ireproşabil asupra animalelor cu sânge rece, critică cercetările d-nei Metschnikoff (asupra dezvoltărei în mediu steril a larvelor de rana viridis) şi trece la experienţele sale proprii asupra larvelor broaştei riioase (Pelobates fuscus, Wagler).

Experienţele s'au făcut într'un aparat inventat de autor, aparat care permite reînoirea apei, introducerea de alimente sterile şi trecerea unui curent de oxigen în borcanele destinate larvelor fără riscuri de infecţie. Aparatul se compune de 2 borcane cari se găsesc în condiţiuni absolut identice. In amândouă se introduce ouele sterilizate la suprafaţă prin substanţe antiseptice. După 7 zile se infectează unul din borcane cu 3 cc. de emulsie de scaune a broaştei mame.

Experienţa a durat 39 zile.

Larvele *sterile* erau aproximativ $^{1}/_{2}$ mai mici şi cântăreau de 3 ori mai puţin ca cele infectate. Asemenea dezvoltarea lor erà mai puţin înaintată.

Concluzie: Bacteriile intestinale sunt necesare pentru dezvoltarea *normală* a larvelor.

GRIGORE JACOBSON.

Luigi Munaron. **Experimenti di cura fatti con la Paratiroidina.** *Il Policlinico.* (Sezione pratica), fasc. 31, 1905. Autorul a încercat opoterapia paratiroidiană la 3 copii atinşi de atacuri convulsive şi cari presentau în acelaş timp o ipertrofie a corpului tiroid şi simptome de deficit intelectual. Copii erau în vârstă de 10, 12 şi 13 ani, toţi 3 de sex masculin. Accesele convulsive se repetau de mai multe ori pe zi. Tratamentul a fost urmat timp de 3 luni. In două cazuri s'a observat o atenuaţiune însemnată a acceselor. In al 3-lea dispariţiunea complectă a acestora. Suspendarea tratamentului făceà să reapară acceselor.

Autorul a mai încercat acelaş tratament în alte 3 cazuri de epilepsie. Primul, e un tânăr de 24 ani. O soră a mamei sale e semi-cretină. Tratamentul n'a avut nici o acţiune. Insuccesul s'ar explicà poate, după Munaron, prin viaţa desordonată a acestui bolnav.

In al 2-lea caz, la o fată de 22 ani, cu o uşoară ipertrofie tiroidiană, epileptică dela vârsta de 9 ani, a obţinut o diminuare însemnată a acceselor mici cari erau foarte frecuente şi o uşoară modificare a acceselor mari şi a stării psihice.

In al 3-lea caz, la un copil de 9 ani în timpul celor 3 luni de cură (August—Octomvrie 1904) şi până în Martie 1905 cât a fost observat de autor nu s'a produs nici un acces. Cum însă la acest bolnav accesele erau foarte rare autorul nu voeşte să scoată nici o concluzie relativă la acţiunea tratamentului în acest caz

C. PARHON

Rosenhaupt. Zur Frage der Leberverfettung beim Saugling. (Chestiunea „îngrăşărei“ ficatului la sugaciu). *Arch. f. Kinderh.* vol. 42, p. 190. Studiând o serie de ficaţi graşi în punctul de vedere al naturei grăsimelor, autorul ajunge la concluzia că în ficatul gras consecutiv unei intoxicaţii (septicemii, enterocatarire etc), grăsimea e mai bogată în acid oleic şi prin urmare mai fusibilă decât în ficatul gras consecutiv unei stări de inaniţiune relativă (atrophie....).

GRIGORE JACOBSON.

Rost. On the patology and treatment of leprosy. (Despre patologia şi tratamentul leprei). *British medical Journal*, 11 Fevruarie 1905. Autorul a încercat să cultive atât bacilui tuberculozei cât şi al leprei pe medii cu totul lipsite de clorure (bulion distilat şi geloză dializată), obţinând în câtevà zile culturi cari formau un depozit filamentos în bulion, iar pe agar colonii albicioase (tuberculoză) sau roşetice (lepră). Filtrând pe acestea şi reducându-le la $^1/_{10}$, apoi amestecându-le cu glicerină a obţinut ceea ce se numeşte *leprolina* (analoagă cu tuberculina), care produce o reacţie febrilă la leproşi, întoarcerea sensibilităţii, dispariţia acromiilor şi închiderea ulceraţiilor. Raportează patru cazuri de vindecare, unul după o singură injecţie.

G. Z. P.

NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE

La Salle Archambault. Le faisceau longitudinal inferieur et le faisceau optique central. *Revue Neurologique.* No. 22, 1905. O lucrare importantă asupra acestei chestiuni de anatomie cerebrală. Iată concluziunile autorului:

1) Există un fascicul, care în lobul temporal ocupă în parte stratul sagital extern, în parte stratul sagital intern şi care în lobul occipital constitue aproape totalitatea stratului sagital extern. Acest fascicul, care reprezintă coroana radiată corticipetă a lobului occipital ’şi trage origina din corpul geniculat extern şi se termină în cele două buze ale scisurei calcarine, dar mai cu seamă în cea inferioară.

Propunem acestui fascicul numele de „fascicul optic central“, sau mai bine încă acela de „fascicul geuiculoîca-cariniern“.

2) Acest fascicul trebue să fie separat de fibrele de asociaţiune cari trec continuu în teritoriul său. Dacă pentru motive de simplicitate, obicinuinţa face să se considere ca făcând parte dintr’un fascicul şi fibrele cari ’l străbat numai, vom zice că fasciculul longitudinal inferior al autorilor clasici cuprinde „fasciculul optic central“ şi în plus *b)* un oarecare număr de fibre de asociaţiune.

3) Oricare ar fi întinderea unei leziuni a lobului occipital, totul intră în ordine la nivelul părţei anterioare a lobului temporal şi nu admitem la om fibrele lungi de asociaţiune ale autorilor.

4) Cingulum n’are ca funţiune conexiunea primei cu a doua circomvoluţiune limbică, ci legătura fiecăreia dintre ele cu circomvoluţiunile feţei interne şi a feţei externe a emisferului, şi *viciversa*. Cele două segmente ale cingului: segmentul orizontal şi cel inferior ale lui Beevor, se continuă în lobul occipital unde iau numele de fasciculele lui Sachs şi a lui Vialet.

5) Fasciculele lui **Sachs** și **Pialet** nu sunt proprii lobului occipital. Ele există și în lobul parietotemporal, dar nu sunt ușor decelabile din cauză configurațiunii particulare a acestei regiuni.

C. Parhon

Ballet și **Rose.** Affection spastique bulbo-spinale familiale. *Nouvelle iconographie de la Salpetrière.* No. 4. 1905. Bunicul bolnavilor a fost un mare băutor de absint. Tatăl bolnavilor și o soră a acestuia au prezentat tremurături. Copii săi: bolnavul G. H. și sora lui prezintă o afecțiune spasmodică cu simptome bulbo-spinale mai accentuate la primul la care găsim o contractură a celor 4 membre, a mușchilor gâtului, feței, ochilor, limbei și vălului palatin.

Debutul la acest bolnav a fost printr'un mers cerebelo-spasmodic iar la sora sa prin turburări mentale. Bolnavul G. H. are extensorii paralizați și e posibil să se producă un picior varus equin ca cel din Friedreich. Mai prezintă o tremurătură ce apare când bolnavul întinde mâinile cu degetele depărtate dar lipsește când execută un act cu un scop bine determinat. Figura are un aspect plângător. Vorbirea e monotonă, nasonantă, dar nu sacadată nici explosivă. Autorii discută diagnosticul și insistă asupra faptului că între diferite afecțiuni familiale ale sistemului nervos. (Maladia lui Friedreich, heredoataxia cerebeloasă, atrofia Charcot-Marie, paraplegia spasmodică familială) există forme individuale și dacă din punct de vedere practic poate fi util să se descrie tipuri clinice definite, nu trebue să se uite că aceste tipuri n'au nici o individualitate absolută.

C. Parhon

A. Broca et Herbinet. Attitudes vicieuses par contracture hysterique chez les enfants. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.* No. 4. 1905. 5 observațiuni de isterie infantilă cu contractură manifestate prin contractura piciorului în talus valgus (un caz), torticolis (3 cazuri), scolioză (un caz). Un al 6-lea caz se raportă la o copilă atinsă de o paraplegie isterică în urma unei gripe.

Cu ocaziunea acestor cazuri autorii insistă asupra caracterelor ce permit diagnosticul unui simptom de natură isterică la copii. Stigmatele, frequente la adult, lipsesc de regulă la copil.

Prezența unei eredități neuropatice are însemătatea ei. In ce privește sexul, isteria infantilă e mai frequentă la fete.

Copiii isterici sunt fantastici, caprițioși, cu dispozițiunea psihică, variabilă, cu perioade de exuberanță sau depresiune, râd sau plâng fără motiv, etc. Prezența convulsiunilor, a terorilor nocturne, a halucinațiunilor pledează pentru diagnosticul de isterie. Dar e necesar să excludem mai întâiu alte posibilități.

Anestezia, turburările sensoriale sunt rare. Iperestezia e mai frequentă. Bunele rezultate ale terapeuticei sugestive sunt de natură să confirme diagnosticul de isterie.

O contractură isterică la un copil e ușor diagnosticabilă când există ceeace s'a numit diateza de contracturi, fapt excepțional la copii. Debutul brusc, cu maximum imediat al diformațiunii e un simptom de mare valoare. Disproporțiunea între gradul contracturii și cauza ocazională e un alt caracter important. Alteori debutul se face după câtevà ore sau zile dela accident, după o perioadă de meditațiune. Uneori apare dimineața succedând pe cât se pare unui vis în raport cu accidentul provocator.

Durerea poate existà. Absența ei, coexistând cu un grad însemnat de contractură e iarăși un simptom ce pledează pentru isterie. Accentuarea contracturei în timpul examenului, disparițiunea ei în timpul somnului cloroformic sau a celui normal, vorbesc în acelaș sens. Atitudinile bolnavilor cari se depărtează adeseori de acelea ale celor atinși de leziuni organice, trebuesc de asemenea să fie luate în considerațiune. Nu se va uità posibilitatea unei asociațiuni istero-organice. O leziune osoasă sau articulară reală dar puțin însemnată poate, pe un teren anumit, să provoace o contractură isterică. Prezența unei ușoare adenopatii, unei atrofii musculare și mai cu seamă a durerii fixe, a unui punct dureros la presiune, vorbesc pentru o leziune organică. Diferitele caractere enumărate mai sus, ne vor putea face să admitem asociațiunea acesteia cu isteria. Din punctul de vedere practic e important de știut că: dacă accidentul isteric se vindecă cu ușurință, persistența îndelungată a acestuia la un copil, pe cale de formațiune, poate lăsà consecințe durabile.

C. PARHON.

G. Etienne. **Artropaties nerveuses et Rhumatisme chronique.** *Revue Neurologique*, No. 23, 1905. Observațiunea a două cazuri în care tabesul apărut la bolnavi cu leziuni articulare anterioare a determinat o localizare a artropatiei nervoase la nivelul articulațiunilor dejà bolnave, adevărat *locus minoris resistentiae.*

Interpretareà dată de autor e următoarea. Artritele au influențat centrii trofici medulari determinând o repartițiune neregulată a materiilor nutritive cari a condus la artrita deformată. Acești centri trofici dejà desechilibrați, au încercat mai ușor, în urmă o nouă perturbațiune când sub influența leziunilor ramurilor terminale ale protoneuronului sensitiv s'a produs la nivelul lor o nouă modificare a influxului nervos. De acì localizarea artropatiei tabetice în articulațiunile dejà bolnave.

C. PARHON.

I. Grasset et **A. Gaussel.** **Un signe de paralysie organique du membre inférieur. Possibilité de soulever isolement le membre paralysé avec impossibilité de soulever simultanément les deux membres inférieurs.** *Revue Neurologique.* No. 17, 1905. Patru observațiuni, de emiplegii în care există acest semn. Simptomul nu e constant. Pentru a puteà fi observat trebue ca să existe o paralizie incompletă a membrului inferior. Explicațiunea acestui fapt e următoarea: Pentru fiecare mișcare ce se petrece într'o articulație A, există pe lângă inervațiunile active de scurtare și de alungire pentru mușchii motori ai acestei articulațiuni Ai o inervațiune de stabilizațiune sau de fixațiune ce se exercită asupra mușchilor ce acționează celelalte articulațiuni vecine B, C. . . .

Pentru ca ambele membre inferioare să fie ridicate în aer trebue ca basinul să fie fixat. Or în paraliziile organice ale membrului inferior stabilizațiunea basinului e turburată de acì imposibilitatea de a ridicà în aer ambele membre. Bolnavul poate ridicà izolat un singur membru pentru că atunci stabilizaţiunea se face atât prin trunchiu cât şi prin membrul inferior opus. In sprijinul interpretaţiunii lor autorii aduc şi faptul că la un emiplegic ce prezintà semnul în chestiune, fixându-i-se cu putere basinul pe planul patului, bolnavul devenià capabil să ridice ambele membre inferioare. Semnul acesta lipseşte în paraliziile isterice unde mişcările automatice sunt conservate. E deci un simptom de afecţiune organică.

C. PARHON.

Huchard et Noël Fiessinger. Le syndrome myoclonique. *Revue de médecine*. No. 10, 1905. Prin sindrom mioclonic se înţelege în general contracţiunile bruşti şi aritmice ale unui sau mai multor muşchi, survenind prin crize, repetându-se până la 100 ori pe minut. Această contracţiune poate duce sau nu la deplasarea membrului. Voinţa poate şi nu, să oprească aceste mişcări. Mersul, distracţia şi somnul sunt factori moderatori sau inhibitori. Reflexele şi sensibilitatea dau rezultate nedecise. Sediul de predilecţiune membrelor inferioare şi în particular quadricepsul femoral, fără exclusiunea altor grupe musculare din ori ce altă regiune.

Durata mioclonică este variabilă. Un bolnav al lui Friedreich a suferit 5 ani, un altul al lui Seeligmüller mai mult de 20 de ani. Cauza ne scapă încă. Origina miopatică nu se poate susţine. Teoria nevritică nu mai ţine în picioare de când Vanlair a arătat că fenomenul nu se suprimă prin curarizare. Friedreich crede că e o nevroză cu turburări funcţionale în coarnele anterioare. Pentru Vanlair e un eretism morbid al celulelor sensitive ocazionat prin excitaţiuni periferice. Raymond admite o origină corticală. Granat, Manquat şi Carrière o consideră ca un sindrom isteric conchizând că: mioclonia este datorită unei iperexcitabilităţi funcţionale a neuronilor motori datorite isteriei.

Diagnosticul diferenţial e de făcut cu tremurăturile, mişcările, atetozice, cari n'au nimic din bruscheţea contracţiunilor sindromului mioclonic. Confuziunea se poate face cu corea electrică, însă după părerea autorilor aceasta intră în sindromul myoclonic. dimpreună cu chorea lui Henoch şi Bergeran şi corea lui Suchini. Deşi mai localizată corea fibrilară a lui Mordan, intră după Raymond în categoria miocloniilor. Toate ticurile, cum este cel dureros al lui Trousseau, ticul comun, boala ticurilor descrisă de Gilles de a Tourette, şi corea variabilă a degeneraţilor descrisă de Brissaud, se apropie sau intră chiar în categoria miocloniilor.

Sindromul miocloniilor se prezintă dar sub aspecte variabile şi cu o simptomologie complexă, e un sindrom căruia fiecare cauză îi imprimă un caracter special. De aceea cele mai bune clasificări nu rezistă criticelor.

Acesta este însăşi motivul pentru care e imposibil de vorbit de un prognostic general în mioclonie.

Tratamentul cauzal e greu de făcut, de vreme ce greu se poate găsì cauza. Cel simptomatic e aproape infructuos, toate calmantele şi nevrinele au rămas fără efect. Electricitatea sub formă de galvanizare a centrilor nervoşi, paralizarea muşchilor contractaţi, băile statice, franklinizarea, au dat ameliorări cu totul inconstante.

TATUŞESCU.

M-elle J. Joteyko. Le sens de la douleur. *Bruxelles*, 82 pages, 1905. Un raport asupra chestiunii prezintat primului congres belgian de neurologie şi psihiatrie. Intr'un prim capitol autoarea stabileşte că diferitele noastre simţuri nu reacţionează la excitanţi, ori de ce natură ar fi ei, decât printr'o sensaţiune proprie, specifică. In ce priveşte pielea, întrebuinţînd excitatorilor punctiformi demonstră existenţa punctelor pentru tact, durere, căldură şi frig. Durerea în general nu se produce decât prin excitanţi forţi ce au o acţiune distructivă asupra nervilor. Un al 2-lea capitol se referă la diferitele metode algometrice. Algesimentul lui Chéron de care s'a servit autoarea constă într'un ac care e apăsat pe piele şi introdus mai mult sau mai puţin. Un cadru gradat măsoară gradul penetraţiunii acului în tegumente. Sensaţiunea dureroasă produsă de excitaţia minimum necesară constitue pragul durerii.

Intr'un al 3-lea capitol autoarea descrie organele periferice ale durerii. In unele regiuni există puncte pentru presiune, durere căldură şi frig. Dar alte regiuni, corneea spre exemplu, nu conţin decât nervi pentru durere. Conjunctiva conţine numai nervi pentru durere şi frig. După Fray terminaţiunile nervoase libere ar aparţine nervilor dolorifici. Corpusculi lui Krause, celor pentru frig, corpusculii lui Meissner pentru sensaţiunile de presiune, iar aceia a lui Ruffini pentru sensaţiunea de cald, Thunberg conchide că nervii doforifici sunt mai superficiali situaţi decât cei pentru căldură şi frig.

Un al 4-lea capitol se raportă la căile de conducţiune a durerii. Substanţa griză a măduvei servă pentru transmiterea excitaţiunii dureroase. Aceasta pare a fi percepută de un centru special cortical. In sprijinul acestei ipoteze autoarea aduce diferitele disociaţiuni, ce se observă în unele intoxicaţiuni între sensaţiunea dureroasă şi celelalte, analgeziile şi iperalgeziile, asimetria dolorifică (partea stângă a corpului e mai sensibilă la durere decât cea dreaptă atât la dreptaci cât şi la stângaci). Aceste chestiuni fac obiectul capitolelor 5 şi 6. Cel următor tratează despre semnele durerii. Capitolul 9 conţine descrierea durerii după sex, vârstă, rasă etc. Femeile sunt mai sensibile la durere decât bărbaţii adulţi. Europenii mai sensibili decât sălbaticii. La noul născut, nu există decât dureri obtuze. Acestea merg crescând până la o vârstă. Copii inteligenţi sunt mai sensibili la durere decât cei neinteligenţi. In capitolul 9 Joteyko descrie unele caractere ale durerii, ca tendinţa la iradiaţiune, intermitenţa, apariţiunea durerii prin adiţiunea latentă, apariţiunea mai tardivă în urma excitaţiunilor a sensaţiunilor dureroase decât a celor tactile şi termică, faptul că durerea e în acelaşi timp o sensaţie şi un sentiment. In ultimul capitol autoarea descrie rolul fiziologic al dureri. Acesta e esenţialmente filactic. Durerea ne face să reflectăm, să prevedem, pentrn a evită dureri noui, ne face să căutăm înţelegerea mai completă a fenomenelor şi tocmai aci stă superioritatea omului. Autoarea închee cu un citat din Goethe. „Ce qui fait la conscience de l'homme c'est la douleur“.

C. PARHON.

Kattwinkel. Sclérose épendimaire en plaques ombiliquées. *Revue Neurologique*. No. 22, 1905. La necropsia unui bolnav ce a prezentat cliniceşte un aspect analog aceluia al sclerozelor combinate, autorul a găsit suprafaţa ependimară a ventriculelor cerebrale presărată de numeroase plăci albicioase ombilicate, perfect rotunde, proeminând puţin deasupra suprafeţei ventriculare şi variând în dimensiuni de la acelea ale unei boabe de mei, la acelea ale unei linte. In literatură n'a putut găsi nici un caz analog.

Istologiceşte pe o secţiune perpendiculară la suprafaţa plăcei se constată un înveliş ependimar îngroşat. In unele locuri se văd, fascicule radiate din cari unele sunt în mod manifest prelungirile celulelor vecine. In plus există celule triangulare sau rotunde şi mici. Imediat subt suprafaţa ependimară se vede un strat de ţesut compact foarte sărac în celule iar sub acesta un strat mai larg şi mai bogat în celule. In aceste strate se văd numeroşi corpi amiloizi. Celulele epiteliului ependimar nu sunt alongite ca de regulă ci turtite. Ingroşarea ependimară încetează brusc la periferia plăcilor. Cercetările bacteriologice făcute în acest caz au rămas negative.

C. PARHON

Leclerc et **Savonat.** Un nouveau cas de myasthenia gravis, asthénie bulbo-spinale. *Revue de méd.* No. 11, 1905. Cu prilejul unui caz terminat prin moarte bruscă şi urmat de autopsie, autorii reîmprospătează în mintea cititorilor tabloul clinic al boalei lui Erb şi Goldflam şi trec în revistă aproape toate cazurile publicate până în prezent. Ori cât de concişi am fi, e imposibil să redăm cititorilor în extract această lucrare, fără să păcătuim în claritate; de aceea opera noastră va fi mai mult de bibliograf.

Autorii se silesc să demonstreze că această boală poate să fie atribuită la cauze variate şi că rezultatele cercetărilor anatomice au fost şi ele cu totul diferite, pentru a dovedi că ea nu e o entitate morbidă ci numai un sindrom.

Intr'un prim grup de cauze, cari pot provocà asthenia bulbo-spinală, cu simptomele ei oculare, palpebrale (ptozis) şi miastenice, găsim surmenajul fizic şi intelectual.

In al doilea grup sunt infecţiunile şi intoxicaţiunile (infecţiuni broncho-pulmonară, tuberculoză, f. tifoidă, sifilis, gripa, etc).

Al treilea grup e reprezintat prin auto-intoxicaţiunile ca în cazurile când acest sindrom a apărut în cursul unor afecţiuni viscerale, mai adesea renale, sau epatice. Tot în acest grup intră cazurile, cari reunesc la origina lor auto-intoxcaţia gastro-intestinală, botulismul, intoxicaţiile exogene, în fine guta, diabetul, leziuni ale corpului tirroid, turburări în sfera organelor genitale, etc.

Ca leziuni anatomo-patologice, autorii ajung la următoarea concluzie:

Boala lui Erb pare că evoluează, când fără leziuni organice importante, ca o simplă nevroză, când cu leziuni anatomice variabile ca natură şi sediu, asupra semnificării cărora actualmente e imposibil să ne pronunţăm.

In rezumat, după cele ce cunoaştem, zic autorii, boala lui Erb-Goldflam nu este una singură. Ea cuprinde un mare număr de fapte a căror legătură nu rezidă nici în etiologie, care e variabilă, nici în alteraţiunile anatomice, cari nu sunt nici constante, nici identice, ci în analogia simptomelor. E prin urmare un simplu tablou clinic pe care îl observăm în diferite circumstanţe şi care se poate legà de cauze multiple. E încă imposibil actualmente de a clasà toate cazurile publicate printre speciile sau genurile morbide cunoscute

Nu se poate nici creà o specie morbidă nouă; prin urmare până la un nou ordin. boala lui Erb-Goldflam trebue să fie privită ca un simplu sindrom

TATUŞESCU.

Dr. Marcon. (St. Petersburg). La névrite apendiculaire. *Arch. gen. de méd.* No. 35—1905. Prima observaţie de nevrită apendiculară, zice autorul a fost publicată de Raymond şi M. Guillain în Semaine méd. din 22 Febr. 1905, arătând că e o *nevrită ascendentă*. Iată o schiţă a observaţiei acestor doi autori:

Opt zile după debutul unei apendicite, apar dureri violente în coapsa dreaptă cu exacerbaţii paroxistice şi cu caracterele nevralgiei crurale. Aceste dureri s'au amendat odată cu accidentele apendiculare.

Cu câteva luni mai târziu, o a doua criză de apendicită, de data asta cu semne evidente de nevralgie sciatică. Din nou fenomenele s'au amendat, rămânând totuşi oare-care sensaţiune penibilă în timpul mersului. Peste trei luni o nouă criză apendiculară, întovărăşită de dureri şi furnicături în gamba şi piciorul drept. Această criză s'a amendat şi ea ca cele precedente, însă bolnavul a rămas cu o dificultate în ridicarea membrului, şchiopând în timpul mersului.

După 6 luni un nou atac de apendicită cu exacerbarea tuturor fenomenelor nevritice: produse dejà în atacurile precedente. Operaţie. Fenomenele paretice au mers crescând, paralizia extensorilor a devenit complectă. Membrele inferioare s'au atrofiat în special cel drept, la care reflexele erau complect dispărute. Nu s'au constatat turburări ale sensibilităţilor obiective nici turburări ale sfincterelor. Această nevrită intră în categoria nevritelor ascendente, de oare ce în decursul unui an a evoluat în etape succesive, atingând întâi nervul crural drept, în urmă plexul sacrat din aceeaşi parte şi în fine plexul sacrat stâng. La origina acestei leziuni autorul presupuneà o *psoită* de unde infecţiunea nervului crural prin continuitate sau contiguitate. Prin spaţiile limfatice a acestui nerv infecţiunea a cuprins plexul lombar; iar infecţiunea plexului sacrat s'a făcut prin intermediul trunchiului lombo-sacrat. In fine infecţiunea a atins măduva şi s'a transmis rădăcinelor şi nervilor din partea stângă, de altfel foarte atenuată.

D-rul Marcon, sprijinit pe o observaţie proprie şi pe evoluţiunea nevritei la cazul Raymond şi Guillain, contestă acestor nevrite calitatea de nevrite ascendente şi mecanismul lor de producere prin infecţiune de continuitate. In adevăr observaţia d-rului Marcon se referă la un caz de apendicită complicat spre sfârşitul evoluţiunii de o nevrită a cubitalului drept cu paralizia inelarului şi a degetului mic şi ajunge la concluziunea că nevrita apendiculară este o nevrită toxi-infecţioasă de origină sanguină.

DR. TATUŞESCU

Karl Schaffer. Anatomisch-Klinische Beiträge zur Lehre der cerebralen sensibilitätsstorungen. (Contribuţiune anatomo-clinică la studiul turburărilor de sensibilitate de natură cerebrală). *Neurologisches Centralblatt.* No. 19, 1905. Din faptele observate de autor rezultă că:

1) Aceste turburări sunt numai în mod excepţional fenomene de deficit

complect. Anatomiceşte în asemenea cazuri e vorba de leziuni intense ce distrug în totalitatea lor neuronii sensitivi talamo-corticali. In asemenea cazuri există anestezie şi analgezie complectă atât superficială cât şi profundă.

2) De cele mai multe ori turburările de sensibilitate consecutive leziunilor cerebrale sunt fenomene de deficit incomplect. Atunci persistă o percepţiune mai mult sau mai puţin eronată. Atingerile uşoare sunt abià (sau de loc) simţite Excitaţiunile ceva mai intense dar nedureroase sunt percepute dar adese ori cu erori de localizare colosale (Topoanestezie) cari par caracteristice pentru turburările de sensibilitate de natură subcorticală. Aceste localizări eronate interesează atât sensibilitatea tactilă cât şi pe cea dureroasă şi termică. O interesantă disociaţiune a sensibilităţii termice constă în faptul că frigul dă sensaţiuni dureroase pe când căldura nu e simţită.

3) In turburările de sensibilitate subcorticale turburările variază mult de la un examen la altul şi atenţiunea are un mare rol. Excitând unele regiuni mai sensibile, vom puteà observà în urmă că bolnavul percepe mai bine excitaţiunile unor regiuni cari la un examen anterior au părut insensibile.

4) Putem distinge 3 forme de turburări de sensibilitate de natură cerebrală: 1) *polinsuleară*, 2) O formă emianestezică ce se suprapune unei emiplegii. Această formă se descompune în *a)* O emianestezie complectă şi totală ce simulează pe cea isterică şi *b)* O emianesteze incomplectă în care turburările descresc cu cât ne apropiem de rădăcina membrelor. 3) In fine o formă de *anestezie totală,* ce cuprinde toată suprafaţa corpului şi care e legată cu o diplegie.

5) Faţa e mai mult sau mai puţin cruţată în emianestezia cerebrală.

6) Baza anatomică a turburărilor de sensibilitate de natură cerebrală trebue căutată într'o leziune a fibrelor sensitive talamo-corticale sau a circomvoluţiunilor centrale.

7) După cum leziunea e totală sau parţială, vom aveà turburări de sensibilitate complecte sau incomplecte. Astfel de leziuni interesează segmentul posterior al capsulei interne şi nucleul extern al stratului optic E încă îndoelnic dacă o leziune a porţiunii posterioare a segmentului posterior a capsulei interne fără participarea stratului optic, poate aduce turburări de sensibilitate.

8) O leziune a porţiunei anterioare a segmentului capsular posterior, fără alteraţiune a stratului optic, e suficientă ca să producă o emianestezie cerebrală complectă. Rezultă de aci că fibrele sensitive ce es din partea ventrolaterală a stratului optic, merg în capsula internă spre genunchiul acesteia într'un teritoriu esenţialmente motor şi alipite de nucleul lenticular (pe care îl străbat în parte) amestecate cu fibrele de proecţiune motrice se cearcă către circomoluţiunile centrale.

C. PARHON.

Sollier. Sur l'héroïnomanie. (Comunication au I-er congrés belge de neurologie) *Journal de neurologie,* No. 23, 1905. S'a căutat şi s'a reuşit să se înlocuiască morfina prin eroină în cazurile de morfinomanie. Dar aceasta nu e de loc în beneficiul bolnavului. Eroina e de două ori mai toxică decât morfina. In plus obicinuinţa se produce pentru eroină tot aşà de repede ca şi pentru morfină şi *eroinomanii* ajung repede la doze considerabile. Pe de altă parte cum eroina lucrează în doze pe jumătatea acelora de morfină bolnavii cred a se intoxicà mai puţin pe când de fapt se intoxicează mai mult decât înainte. Pe când morfinomanii îşi suportă toxicul timp de mai mulţi ani, eroinomanii nu suportă eroina decât 18—24 luni. Eroina lucrează după Sollier mai cu seamă asupra centrilor bulbari. Eroina produce o torpoare mentală rapidă, o cahexie profundă şi sărăceşte sângele în emoglobină. In acelaşi timp produce accese de sufocaţiune îngrozitoare.

Cum se tratează eroinomania? Pe când morfinomania se vindecă relativ uşor prin suprimarea morfinei, suspendarea eroinei produce sincope ce nu se pot trata decât prin injecţiuni de eter şi cafeină. Cel mai bun mijloc e să se inlocuiască eroina prin morfină. Apoi când pericolul dezeroinizaţiei a trecut, se poate ajunge în câtevà zile fără nici un accident la suspendarea morfinei.

C. PARHON.

Taty et Chaumier. Evolution des états hypochondriaques *Journal de Neurologie.* No. 23. 1905. Observaţiunea a 10 cazuri de stări ipochondriace necombinate cu un alt delir. Autorii au observat aceste cazuri în toată durata evoluţiunei lor. Unul singur s'a terminat prin vindecare. O bolnavă ce trăeşte încă a ajuns la demenţa complectă. Celelalte 8 cazuri s'au terminat prin moarte şi două din acestea prin sinucidere. In toate aceste cazuri starea ipohondriacă s'a menţinut cu caracterele ei până la sfârşit.

Autorii admit împreună cu Roy. că un element morbid somatic e constant în toate cazurile de ipohondrie. Acest element poate varià dela o simplă alteraţiune vasculară până la alteraţiuni viscerale grave cari pot trece cu atât mai mult neobservate cu cât medicul e înclinat să vadă în lamentaţiunile bolnavului simpla expresiune a ideilor sale ipohondriace.

O supraveghere atentivă se impune pentru toţi acești bolnavi la cari ideile de sinucidere sunt regula şi cari 'şi pun destul de des (2 din 10 cazuri) aceste idei în practică.

C. PARHON.

PATOLOGIE INTERNĂ.

Cololian. Cholémie et Mélancolie. *Archives de Neurologie,* (Août et Novembe) 1905. Autorul insistă, cu numeroase observaţiuni asupra raporturilor dintre afecţiunile biliare, sau colemia simplă familială şi melancolie. Aceste raporturi ar fi aproape de cauză la efect. Ficatul e atins înainte de apariţiunea turburărilor psihice depresive. Predispoziţiunea, degenerescenţa au rolul lor.

Tratamentul melancoliei e acela al colemiei, repaos în pat, regim lactovegetarian, spălături intestinale, plus tratamentul simptomatic al insomniei, anxietăţei, tristeţei, etc.

Zece observaţiuni de colemie şi melancolie însoţesc lucrarea. Numărul total al cazurilor, pe care autorul se bazează pentru scoaterea concluziilor sale ar trece de 70.

C. PARHON.

G. Gross et **L. Sencert.** Le massage du cord dans la syncope chloroformique. *Arch. gen de méd.* No. 36 din 1905. Lucrare importantă în care se găseşte o revistă generală foarte conştiinţioasă asupra încercărilor de masagiu al cordului, experimentale ca şi clinice. Oprindu-ne la cele 17 cazuri clinice de tentativă de masagiu al cordului, după moartea aparentă, vedem că numai trei au fost urmate de un succes definitiv.

Nu e mai puţin adevărat însă că la cele mai multe dintre ele traumatismul operator a fost foarte mare, din cauză că cele mai adeseori a fost aleasa calea trans-toracică. Din fericire nu este acesta singurul drum care duce la inimă, în adevăr, sunt mai multe procedee de masagiu al cordului şi anume:

1) Deschiderea toracelui şi masagiul direct al cordului.
2) Masagiul transdiafragmatic.
3) Masagiul sub diafragmatic.

Cel d'intâi procedeu este periculos şi n'a dat nici odată vreun succes. Calea transdiafragmatică mai simplă şi mai uşoară este totuşi destul de complicată.

Calea sub diafragmatică extrem de simplă, uşoară şi fără pericol, este metoda viitorului. Acestei singure metode se datoresc cele trei cazuri de succes, pe care literatura le-a înregistrat până astăzi.

Pentru tecnică şi bibliografie nu putem face mai mare serviciu cititorilor, decât recomandându-le, să se adreseze articolului original.

DR. TATUŞESCU

Korsakoff. Beiträge zur Lehre des Drüsenfiebers. (Contribuţie la studiul febrei ganglionare). *Arch. f. Kinderh.* Vol. 41, p. 321 şi Vol. 42, p. 193.

In acest important şi lung memoriu (90 pagine), Profesorul din Moskowa reià toată chestiunea febrei ganglionare. După un scurt capitol istoric, Korsakoff zugrăveşte tabloul f. g. după descripţiunile lui Pfeiffer, Heubner şi Starck, Rauchfuss, Tschaïkowsky, Filatow, Kissel, Tschigajew, Pombrack, Moussous, Hörchschelmann, Botschkowsky, Hochsinger şi m. a.

Symptomul capital e umflătura ganglionilor cervicali şi in special celor din $^{1}/_{3}$ superioară a muschiului st. cl. mastoidian, dealungul bordului posterior al acestui muşchiu. Mai rar umflătura pare localizată la ganglionii angulo-maxilari.

E un fapt isbitor că Comby consideră umflătura ganglionilor angulo-maxilari ca regula, fără măcar a menţionà adenopatia retro sterno mastoïdiană; “La fièvre ganglionnaire n'est qu'une inflammation aigüe febrile des ganglions angulo-maxillaires“.

Neumann descrie şi el cazuri asemănătoare cu ale lui Comby. Astfel că e posibil ca să existe 2 forme clinice ale febrei ganglionare. D'almintrelea descripţiile lui Comby şi Neumann diferă de descripţiile clasice şi prin alte caractere: *unilateralitatea obişnuită* şi *supuraţia frecuentă.* Rămâne de demonstrat însă că cazurile lui Comby şi Neumann sunt în realitate cazuri de f. ganglionară.

Urmează descripţiunea symptomelor febrei ganglionare care nu prezintă nimic nou. Autorul insistă asupra complicaţiunilor renale, cari au fost notate adeseori şi în cazurile cu typ clasic şi în cele typ Comby-Neumenn, şi cari prezintă o analogie isbitoare cu nefrita scarlatinoasă. Din descripţia cazurilor personale (publicarea observaţiunilor) Korsakoff conchide că forma Comby-Neumann trebue admisă (Obs. IV-a a autorului) dar nu toate cazurile publicate de aceşti autori sunt cazuri de febră ganglionară: unele par a fi numai adenite banale consecutive unui proces otic sau faringian.

In cazurile personale umflătura ganglionară a fost de obiceiu bilaterală; supuraţia s'a observat numai într'un caz.

Obs. X s'a terminat printr'o nefrită *mortală.* La autopsie s'a găsit leziuni banale de infecţie, o *nefrită acută* şi o iperplasie aproape generalizată a ganglionilor şi a ţesuturilor limfoïde. In ganglionii cervicali s'a dovedit numeroşi streptococi.

Unii autori cred că nefrita ganglionară nu e decât o nefrită scarlatinoasă: erupţia ar fi trecut neobservată. E adevărat că în scarlatină nefrita e adese ori precedată de adenopatii cervicale: când aceste 2 manifestări coexistă (adenopatie şi nefrită) avem un tablou clinic identic cu cel al f. g.

Deşi această ipoteză poate fi exactă în unele cazuri, nu se poate admite ca să fie generalizată: când într'o familie sunt mai multe cazuri de f. g. cu nefrită e greu de a admite că la *toţi* bolnavii scarlatina a trecut neobservată. Alt argument contra acestei păreri e că in unele din cazurile publicate copiii avuseseră scarlatina. Afară de aceasta, pe lângă cazurile cu nefrite, se observă şi altele cu adenopatie şi fără nefrită. Autorul conchide la *existenţa unei nefrite datorite febrei ganglionare.*

In a doua parte a memoriului, Korsakoff se ocupă cu *etiologia f. g.*

Afecţiunea e mai frecuentă la copii (a 2-a copilărie) şi iarna.

Natura infecţioasă nu e contestată (epidemii).

Incubatia e de vreo 8—10 zile. Infecţia pare a fi localizată la început; uneori în urmă, se generalizează.

Părerea generală astăzi e că poarta de intrare se găseşte de obiceiu în gură, nas, sau faringe.

Unii admit că e în cauză un microb special: dar acesta n'a fost izolat, *alţii* cred că f. g. e o manifestare a influenţei: Tschaïkowsky a găsit într'un caz cocobacili pe cari-i consideră ca ai influenţei: dar se înşeală de sigur de oarece aceşti microbi se dezvoltau pe mediile obişnuite.

Alţi autori admit origina gripală numai pe bază clinică.

Alţii au găsit în cazurile de f. g. fie în faringe, fie în puroiul adenitelor supurate *stafilococi, pneumococi, streptococi.*

Majoritatea consideră streptococul ca agentul f. g. Korsakoff în 8 cazuri examinate, a găsit streptococul în faringe; pe de altă parte, a observat într'o familie la un membru o f. g. şi la 2 alţi membri o angina cu streptococi. In fine a găsit streptococul în urină la 2 bolnavi atinşi de nefrită ganglionară; unul din aceşti doi bolnavi sucombând, streptococul a putut fi cultivat din sânge şi din diferitele organe. Autorul descrie cu amănunte acest streptococ care nu diferă într'un mod sensibil de formele cunoscute. Prin inoculări n'a putut reproduce la animale tabloul f. g. Cercetările precedente par a dovedi că există o formă streptococică a f. g. Dar aceasta nu semnifică că streptococul este agentul patogen al f. g.: e posibil că alţi microbi (pneumococul stafilococul etc.) să fie în stare de a determină acelaş tablou clinic: lucru însă nu e demonstrat.

Despre origina gripală a f. g. am văzut că e admisă de unii numai pe bază clinică, ceeace nu e suficient: chiar dacă f. g. ar succedă unei influențe autentice, ea poate fi provocată de o infecție secundară (streptococică sau alta).

Unii savanți Labbé si Guinon în special, neagă chiar individualitatea f. g. Korsakoff combate această părere arătând insuficiența argumentelor aduse. Insistă asupra lipsei de proporție între importanța adenopatiei și leziunea (când e constatabilă) în teritoriul limfatic corespunzător. Această *«incongruenză»* e specială f. g. și se observă, în caz de epidemie familială, la toți bolnavii.

Pe de altă parte, în adenopatiile banale, când se vindecă leziunea de intrare, dispare și adenopatia, pe când în f. g. adenopatia poate persistă săptămâni și luni întregi.

După Hochsinger ceeace caracterisează f. g. este faptul că adenopatia pare a evoluă pe propriul său compt, după ce leziunea de intrare care poate fi foarte variabilă, s'a vindecat. Ca concluzie Korsakoff apără individualitatea f. g.

Terminând, autorul insistă asupra analogiei remarcabile care există între f. g. și adenopatiile post scarlatinoase pe cari le descrie într'un mod amănunțit. E oare vorba de 2 procese diferite sau de o adevărată f. g.? Complicațiunile renale. frecuente în ambele cazuri fac analogia încă mai izbitoare și nu numai *chimicește* dar și *anatomicește* (nefrita ganglionară e identică cu cea scarlatinoasă). Ipoteza cea mai probabilă e că acelaș streptococ care determină adenitele și nefrite în urma scarlatinei, poate în alte cazuri să pătrundă în organizm în afară de scarlatină determinând d. ex. adenite și nefrite în febra ganglionară și poate încă în alte infecții ca d. ex. varicella.

Capitolele privitoare la diagnostic, prognostic și tratament, nu oferă nimic nou.

GRIGORE JACOBSON.

Leo Leschziner. Einiges über die Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Observații asupra Meningitei C. S. epidemice). *Arch. f. Kinderh.*, vol. 42, p, 273. Ultima epidemie din Silesia a fost una din cele mai însemnate. Lingelsheim a găsit în toate cazurile Meningococul lui Weichselbaum, dar experimentația pe animale n'a dat nimic până acum. Cazurile positive lui Weyl și Heubner sunt contestabile: e vorba probabil de infecții secundare la animalele observate.

Lingelsheim și alții au găsit mai totdeauna meningococi în nas și faringe și Westenhöffer a notat totdeauna lesiuni ale amygdalei faringee.

Leschziner discută teoria poartei de intrare nasofaringiană și arată că nu e de loc dovedită.

Autorul mai discută oportunitatea puncțiunei lombare ca mijloc terapeutic: Există 2 forme de M. C. S., una evoluând cu o exudație însemnată în spațiul subarachnoïdean și alta în care din causa virulenței accentuate a agentului patogen, se observă într'un mod predominant fenomene toxice. Această a doua formă dă impresia unei septicemii.

Puncțiunea lombară e indicată numai în prima formă când se arată *fenomene de compresiune.*

GRIGORE JACOBSON

PEDIATRIE

Finkelstein. Bemerkungen zu den mitteilungen des Herrn Prof. Schlossmann „Ueber Vergiftung u. Entgeftung“. (Observațiuni asupra comunicărei Prof. Schlossmann, Intoxicație și desintoxicație). *Monatschr. f. Kinderh.* Aug. 1903. Finkelstein, răspunde lui Schlossmann că în faptele cunoscute în cari laptele de vacă pare a lucrà ca toxic, nu e dovedit că cauza acestei intoxicații residă în eterogeneitatea *albuminei.* Ipoteza lui Schlossmann e ingenioasă dară până astăzi încă nedemonstrată.

GRIGORE JACOBSON

Schlossmann. Vergiftung u. Entgiftung. (Intoxicație și desintoxicație). *Monatschr. f. Kinderh.* Iulie 1905. Toată lumea cunoaște accidentele cari survin așà de des la copii alăptați la țâță, când li se dă pentru prima dată lapte de vacă. Substanța nocivă în laptele de vacă pare a fi albumina care provoacă fenomene toxice prin faptul că e o albumină străină, eterogenă.

Aceleași fenomene toxice pot fi provocate injectând la un copil de țâță ser de vacă (0 gr. 1). Reacțiunea constă, fie în ridicarea temperaturei, fie în turburări ale respirațiunii și ale pulsului, erytheme, etc. Această reacțiune se reproduce la fiecare injecție dar e din ce în ce mai puțin accentuată. Ea lipsește la copii cari au băut mai innainte lapte de vacă.

Există o categorie de sugaci cari au o intoleranță fenomenală față de laptele de vacă: la fiecare tentativă de alăptare cu acest lapte, se arată fenomene cari pot fi *foarte grave* (cazurile lui Schlossmann, Finkelstein și a.) La acești copii reacțiunea prin injecție subcutanată e, se înțelege foarte intensă.

Dar prin injecții repetate în dose progresive, acești copii se pot vaccina și ajung astfel ca să tolereze laptele de vacă fără nici o turburare. Această procedură poate să fie întrebuințată în cazurile în cari înțărcarea prezintă dificultăți, precum și în cele în cari e nevoe de a înțărcà un copil foarte tânăr.

Autorul observă că fenomenele toxice de felul celor descrise mai sus sunt excepționale după injecțiile de ser antidifteric: se pare că intoleranța organizmului sugaciului se observă numai pentru serul de vacă și de capră și nu pentru serul solipezilor; dacă acest lucru ar fi demonstrat, s'ar explicà astfel pentru ce unii copii cari nu suportă laptele de vacă, pot suportà laptele de măgăriță.

GRIGORE JACOBSON

Weigert (Breslau). Klinische u. experimentelle Beiträge zur Behandlung der Nierenentzündung im Kindesalter. (Contribuție clinică și experimentală la tratamentul nefritelor în copilărie). *Monatschr. f. Kinderh.*, Iulie 1905, Nefritele cronice sunt rare în copilărie și chiar când durează de mult, au o tendință naturală la vindecare.

Părerile autorilor asupra profilaxiei acestor nefrite cronice sunt contradictorii şi fără bază: se recomandă astăzi de majoritatea autorilor *repausul culcat şi regimul lăptat,* ori un regim fără carne neagră, fără condimente, şi fără alcool. Nimic din toate acestea nu e dovedit. Asemenea autorii nu sunt de acord asupra acţiunei profilactice a *urotropinei,* aşà de mult lăudată de unii. Nici acţiunea diferitelor medicamente propuse ca profilactice sau curative, nici acţiunea practicelor hydroterapice, sudaţiunei, purgativelor, nu sunt mai bine stabilite. Pe când unii *(Senator)* recomandă ingestia abundentă de apă, alţii o consideră ca primejdioasă. Regimul lăptat exclusiv odinioară admis de toţi, e considerat astăzi ca defectuos. Ouăle sunt recomandate de unii, proscrise de alţii; unii le recomandă fierte, alţii numai crude.

Pentru *carne* părerile sunt tot atât de variate — unii o exclud; alţii dau numai carnea albă. Von Noorden a arătat că în privinţa albuminuriei e indiferent dacă administrăm carnea albă sau cea neagră. Interdicţia condimentelor nu pare a aveà nici ea o bază solidă.

In ceea ce priveşte sarea, influenţa ei asupra oedemelor e absolut bine stabilită. Dar asupra albuminuriei acţiunea ei e mai contestabilă şi în unele cazuri ale autorului albuminuria n'a fost influenţată într'un mod evident prin administrarea sau supresiunea sărei, deşi de obiceiu s'a observat o scădere a albuminei eliminate.

Autorul a căutat a elucidà pe cât a putut problema alimentărei în nefrite, Pentru aceasta a făcut o serie de cercetări nutrind bolnavi atinşi de nefrită succesiv cu lapte, ouă, carne sau vegetale, fiecare din aceste elemente administrate într'un mod pe cât se poate de exclusiv.

Rezultatele acestor cercetări se pot rezumà în următoarele concluzii:

Albuminuria în nefrită e influenţată în modul cel mai defavorabil prin alimentaţia predominantă cu *carne,* şi aceasta chiar atunci când în acelaş timp se reduce la minimum ingestia de NaCl.

Albuminuria e influenţată în modul cel mai favorabil prin alimentaţia exclusiv *vegetală.*

După *carne* alimentul care provoacă albuminuria maximă e *laptele;* pe urmă vine *alimentaţia mixtă* (cu carne) şi pe urmă *ouăle crude.*

Adăogirea de *condimente* la alimentaţie nu pare a aveà nici o influenţă defavorabilă asupra nefritei.

In dietetica bolnavilor de nefrită cu hidropisii, dozarea Na Cl ingerat, joacă rolul capital. Cu o alimentaţie săracă în Na Cl se poate obţine fără alt mijloc o eliminaţie complectă a NaCl şi a apei reţinuţi în organizm.

In acelaşi timp, însă nu într'un mod aşà de evident şi poate numai consecutiv ameliorării stărei generale în urma eliminării de apă şi restabilirii circulaţiunii normale, se observă o micşorare a albuminuriei. Cu toată augmentarea eliminărilor de Clor şi de Azot, în urma unei diete sărace în Na Cl se poate ivì uremia.

GRIGORE JACOBSON.

GINECOLOGIE ŞI OBSTETRICĂ

Czyzewicz. **Ausgetragene lebende Drillinge bei Placenta praevia lateralis.** Facere trigemelară la termen cu feţi vii în caz de placentă previa laterală. *Zentr. f. Gyn.* No. 51, 1905.

A 12-a facere. Doi feţi masculi (2.700 gr. şi 2.600 gr.) într'un ou gemelar cu chorion comun, placentă dimidiată şi previe. Un fet femel (2.400 gr.) într'alt ou iarăşi cu placenta dimidiată, cu o jumătate rudimentară, cealaltă jumătate fiind circumvalată. Facerea s'a efectuat fără emoragie considerabilă, involuţia uterului însă s'a făcut încet din cauza unei uşoare atonii. La 2 săptămâni după naştere, feţii cântăreau 2.900, 2.800 şi 2.700 grame.

DR. TRANCU-RAINER.

M. v. Holst. Ein neues Verfahren zur operativen Beseitigung von Totalprolapsen. Un nou procedeu operator al prolapsului total. *Zentr. f. Gyn.* No. 51, 1905. In esenţă, procedeul se rezumă în amputaţia supravaginală a uterului, toaleta subperitoneală a bontului şi fixarea lui în dreptul plăgii de laparotomie. Eventual urmat de o colporafie anterioară. Autorul pare a nu cunoaşte un procedeu la fel al lui Legueu, care plecând dela ideia conducătoare a lui Müller (Bern) şi Jacobs (Bruxelles), încă din 1901 a preconizat un procedeu identic. (Leçons de clin. chirurg, Hôtel Dieu 1901, pag. 383). DR. TRANCU-RAINER.

O. Küstner. Schwierigkeiten bei der forensischen Begutachtung von zurückgebliebenen Nachgeburtsteilen. Dificultăţi în expertiza medico-legală a resturilor anexiale. *Berl. Klin. Woch.* No. 27, 1905. K. insistă asupra a două puncte:

1) Asupra diagnosticului retenţiei unei placente succenturiate şi

2) Asupra eliminării în timpul lehuziei, în cazuri rare, a unei membrane *deciduale* luată drept membrană ovulară. Acest al doilea punct, mai puţin cunoscut, se explică în modul următor:

Deslipirea oului de peretele uterin, dela a 5-a lună a graviditâţii înainte, se face, în mod normal, în pătura spongioasă a deciduei, ce-i drept nu în toate regiunile oului *la acelaş nivel*, dar în totdeauna *în aceiaşi pătură* a deciduei. In mod anormal însă, se poate întâmplà, ca această deslipire să nu se facă în pătura profundă, spongioasă, ci fie pe dea'ntregul, fie numai în parte, în pătura superficială, compactă (ceea ce constitue modul normal pentru avorturile până în luna a 3-a, a 4-a, a 5-a). Pătura de *deciduă*, rămasă în mod anormal în uter, se deslipeşte fie imediat după expulzarea oului, fie la o epocă mai mult sau mai puţin înaintată a lehuziei, neapărat sub formă de membrană, care este dar, după cum am spus, de *natură deciduală* şi deci nu implică o lipsă de atenţie, (deci o vină) a moaşei, care a examinat anexele. *Medicului* însă i s'ar puteà pretinde să pue diagnosticul unei asemenea retenţii a unei pături deciduale, căci acesta se poate face pe baza unui simplu examen macroscopic: dacă deslipirea membranelor ovulare s'a făcut în pătura ampulară a deciduei, se va puteà constatà aspectul particular a suprafeţei de deslipire, datorit luminelor largi glandulare. Etiologia acestei deslipiri anormale, uneori, nu se poate bănuì măcar, alte dăţi o găsim în caz de retenţie mai îndelungată a unui făt mort; mai ales însă o găsim atunci, când graviditatea a fost precedată de procese endometritice.— K. mai atrage atenţia asupra unui mijloc practic pentru a dovedì integritatea placentei: injecţia de lapte în vena ombilicală.

DR. TRANCU-RAINER.

REVISTE ȘI PUBLICAȚII ROMÂNE

FIZIOLOGIE NORMALĂ ȘI PATOLOGICĂ

Dr. Theodor Mironescu. Contribuțiuni la acțiunea adrenalinei și euftalminei asupra presiunii sanguine la epure. România medicală, 15 Nov. 1905. A. pornind dela comunicarea lui Josué că adrenalina în injecțiuni repetate provoacă la epure leziuni ale aortei și că aceste leziuni sunt datorite creșterii presiunii sanguine, își propune să vadă dacă substanțe scoborîtoare ale presiunii sanguine injectate odată cu adrenalina, n'ar puteà neutralizà acțiunea acesteia. In acest scop alege euftalmina și după ce experimentând pe 3 epuri stabilește acțiunea acesteia și a adrenalinei în parte și asociate, asupra presiunii sanguine, experimentează pe 6 epuri: acțiunea adrenalinei asociată cu euftalmina, adrenalinei singure și euftalminei *singure*, asupra aortei epurilor. Concluziunile la care ajunge A. sunt următoarele: 1) *nu creșterea presiunii sanguine în sine, ci mai mult schimbările brusce de presiune dela o presiune mică la alta mare, este cauza leziunilor aortei și* 2) *leziunile din aorta epurilor sunt datorite numai acțiunii toxice particulare a adrenalinei și variațiunile de presiune nu fac decât să grăbească aparițiunea lor.*

A. Șt.